



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS"**

**SANTA ANA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2021**



San Salvador, Diciembre de 2020

## ÍNDICE

	Página
Índice.....	2
Datos generales del Hospital.....	3
Denominación, naturaleza y funciones.....	4
Introducción.....	5
Diagnóstico Situacional y su entorno.....	6
Objetivos del POAH 2021 según priorización de problemas.....	40
Valoración de riesgos según matriz.....	41
Programación de actividades de gestión para el año 2021.....	45
Programación de actividades asistenciales para el año 2021.....	55

## DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

**Nombre de la Dependencia que programa:** Hospital Nacional "San Juan de Dios". Santa Ana

**Dirección:** Final 13 Avenida sur, N° 1.Santa Ana, Departamento de Santa Ana.

**Teléfono:** 2435-9502

**Fax:** 2435-9529

**E-mail:** [Dinorazuv3@yahoo.com](mailto:Dinorazuv3@yahoo.com)

**Nombre de Director(a):** Dra. Dinora Zuleta de Viana.

---

Dra. Dinora Zuleta de Viana	Dra. Karla María Naves de Díaz
Directora de Hospital Nacional "San Juan de Dios". Santa Ana	Directora Nacional de Hospitales Ministerio de Salud

---

### Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital Santa Ana

<b>MISIÓN</b>		<i>Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios</i>
<b>VISIÓN</b>		<i>Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético.</i>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	1	<i>Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, bajo estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos y equidad, fortaleciendo el talento humano y la investigación</i>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	1	<i>Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad</i>
	2	<i>Fortalecer las estrategias dirigidas a la gestión del riesgo y al sistema de control</i>
	3	<i>Asegurar la implementación de la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando modelos innovadores que aseguren la satisfacción ciudadana</i>
	4	<i>Generar una política sostenible de incorporación y desarrollo tecnológico</i>
	5	<i>Sistematizar las estrategia de participación ciudadana, a partir de un enfoque de derechos y la co-responsabilidad de los usuarios</i>
	6	<i>Fortalecer el talento humano con miras al cumplimiento de la visión institucional</i>
	7	<i>Fortalecer los sistemas de información del Hospital</i>
<b>FUNCION PRINCIPAL</b>	1	<i>Organizar, dirigir, planificar y controlar los procesos que conduzcan a la provisión de servicios hospitalarios de salud, a través de un modelo de calidad basado en procesos, a partir de la identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.</i>

## INTRODUCCIÓN

El inicio de éste nuevo quinquenio se vio impactado por la pandemia del COVID 19, enfermedad nueva, con características fisiopatológicas, de transmisibilidad, sintomatología, tratamiento, recuperación y complicaciones post enfermedad totalmente desconocidas, y que en la medida que el mundo enfrentaba la batalla se iba descubriendo todo lo anterior. El impacto se ha prolongado desde marzo hasta el inicio del nuevo año y con señales que no se acaba aún. El maremoto que provocó afecto la economía mundial, la salud mental individual y colectiva, nos involucramos en prolongados encierros domiciliarios de la sociedad, nuestros hábitos y costumbres fueron alterados, y la prioridad de atención alrededor del ciudadano se modificó para priorizar la seguridad de los profesionales y trabajadores en salud.

Se modificó la infraestructura para adecuarla a la atención de una enfermedad altamente transmisible por aerosoles y por el aire y se capacitó al personal en las herramientas para evitar el contagio, en el manejo de ventiladores mecánicos, medidas de bioseguridad y seguridad ocupacional.

Ha fallecido una gran cantidad de personal de salud, a los que les rendimos un honroso homenaje por su sacrificio, por su entrega, y con la Fe puesta en Dios esperamos que hayamos aprendido de la trágica experiencia y hagamos todo lo posible porque su sacrificio no haya sido en vano.

El equipo gerencial ha desarrollado el presente **PLAN ANUAL OPERATIVO HOSPITALARIO para el año 2021**, en el que se describen las directrices estratégicas que impulsarán al valioso capital humano de nuestra institución a desarrollar y alcanzar la visión y los objetivos institucionales, bajo el liderazgo de la alta gerencia y el apoyo de la tecnocracia hospitalaria. Estos objetivos se construyeron en consenso y bajo la dirección de las autoridades, enmarcados en las directrices del Plan Cuscatlán, lineamientos del MINSAL, ODS, Carta Iberoamericana de la Calidad, Política de Calidad Institucional, etc.

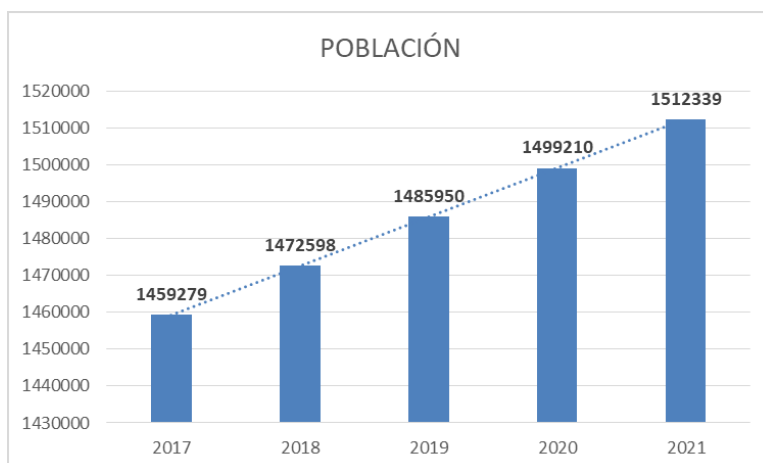
La Dirección y el equipo de gestión institucional ha considerado importante trabajar en la construcción de un plan que integre e incorpore el diagnóstico de la situación actual de salud, las dimensiones socio-ambientales y enmarque la problemática sanitaria bajo el análisis

profundo del contexto de un evento pandémico prolongado y que puede presentar re-brotes en el año 2021. Es importante reconocer que la planificación debe prepararnos para enfrentar estos escenarios y para gestionar una contingencia en el marco de la re-activación pandémica.

Todo lo anterior bajo la gran sombría de valores institucionales como la ética y el humanismo, dirigidos a fortalecer el compromiso con la calidad asistencial, la mejora continua y la satisfacción de los usuarios, la seguridad y la gestión de los riesgos, a partir del desarrollo e incentivo del talento humano, el impulso a la docencia y la investigación.

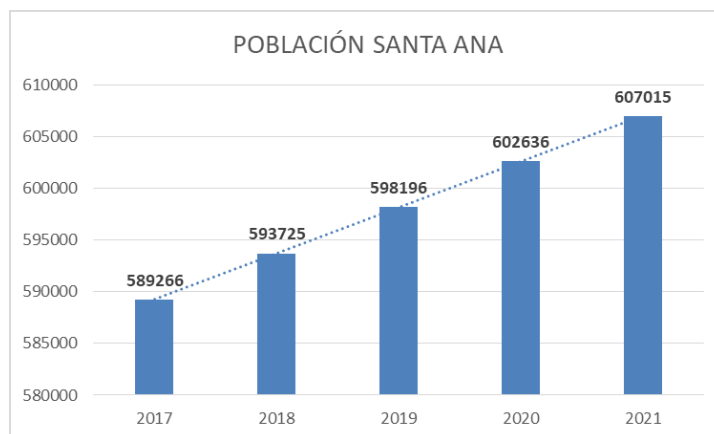
### **DIAGNOSTICO SITUACIONAL Y SU ENTORNO**

#### **ANÁLISIS DE LA DEMANDA**



El crecimiento poblacional para la región occidental ha sido determinado por DIGESTYC, incorporando un 0.9% anualmente de manera progresiva. De tal manera que para el año 2021 se estima una población de 1,512,339 personas.

De igual manera, para el departamento de Santa Ana DIGESTIC incorpora anualmente de manera progresiva un 0.7%. Ambas tendencias son de crecimiento progresivo lineal.



La población de responsabilidad del departamento de Santa Ana se estima para el 2020 en 607,015 habitantes, siendo su distribución porcentual en grupos etarios: menores de 4 años: 8%, de 5 -9 años: 8.2%, adolescentes 18%, adultos: 53% y adultos mayores: 11%. De éste último grupo, el 16% corresponde a población mayor de 80 años.

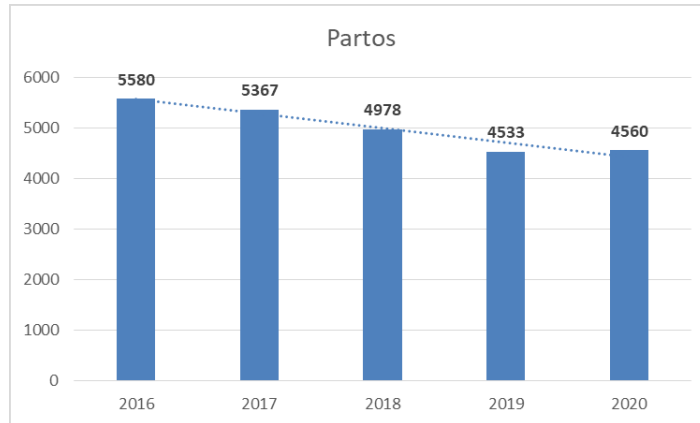
El Hospital está categorizado como regional y de referencia para toda la zona occidental, por lo que la planificación no debe limitarse a los datos del departamento sede. Por lo anterior, las variables densidad poblacional, extensión territorial asociada a los riesgos ambientales, así como la presencia de la etnia indígena en los 3 departamentos, deben ser consideradas al diseñar su oferta de prestaciones.

Es importante mencionar que el municipio de Santa Ana y Ahuachapán se encuentran clasificados entre los primeros 10 municipios de mayor población en El Salvador.

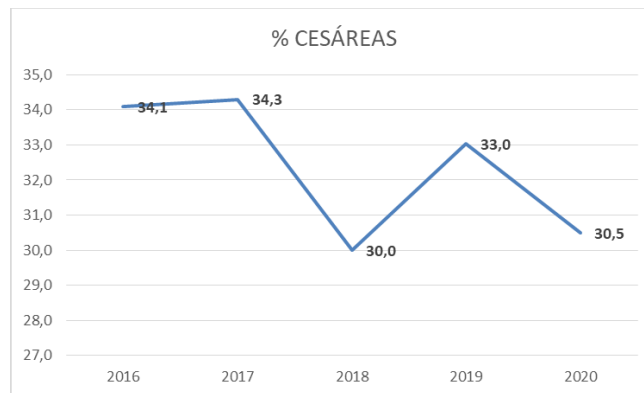
De acuerdo a la variables demográficas, en el departamento de Santa Ana el porcentaje de población urbana equivale al 66%, y el sexo femenino predomina en un 52.7%, aspectos importantes a considerar para el diseño del portafolio de servicios.

## **SITUACIÓN DE SALUD**

Al revisar la producción de partos desde el 2016 hasta el 2020, se puede evidenciar que viene presentando un descenso sostenido, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:



Y respecto al comportamiento de las cesáreas, se observa en el siguiente gráfico una tendencia a la disminución.



## ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD 2020

Para el año 2020, hasta noviembre, y en el marco de la pandemia del COVID 19 que ha mantenido casi cerrada la Consulta Externa, aún abierta dentro de la re-apertura de manera parcial, el comportamiento de la demanda de acuerdo al tipo de atención en los servicios ambulatorios (basado en la CIE 10) y clasificado en orden descendente se presenta de la siguiente manera : La Consulta para repetición de receta se identifica como la primera causa de atención ambulatoria (16.6%), seguida en orden descendente por Hipertensión esencial (primaria) (6.6%), Diabetes mellitus no especificada y no insulino dependiente con o sin complicaciones (5.3%) , Síndrome de infección aguda debida a VIH (3.1%), Obesidad (2.7%), Epilepsia (2.5%), Trastornos de adaptación (2.0%), Otros estados postquirúrgicos especificados



(1.3%), Caries de la dentina (1.3%). Se observa que dentro de las estrategias durante la pandemia ha sido garantizar el acceso a los medicamentos de los pacientes con enfermedades crónicas, es así que es la primera causa de consulta. El resto de atenciones están dentro del marco de nuestro tradicional perfil epidemiológico ambulatorio. Las causas que generan las consultas externas del hospital están se concentraron respecto al universo, ya que las primeras 10 causas concentran el 41.6% de las morbilidades. El resto, individualmente acumulan porcentajes menores al 1.3%. Para el 2017 concentraban el 26.8%, para el 2018 fue de 27.9%, y para el 2019 fue de 28.5%. Cabe mencionar que la carga de atención en el sexo femenino para el 2020 se mantiene en valores similares a los años anteriores, 68.3%.

En términos generales, y en el marco de los primeros nueve meses del cada año, la producción global de consulta externa para el 2020 fue de 44,103 consultas (fuente: SPME), presentando obviamente una importante disminución a los años anteriores. Siempre en el contexto de la pandemia por COVID 19, en la que el cuadro clínico es de un proceso inflamatorio agudo y de trombogénesis, con mayor expresión en el aparato respiratorio, la consulta de medicina interna acumuló el 56% de la atención en Consulta Externa.

En la Emergencia, la primera causa de morbilidad fue para el 2020 fue: Contracciones primarias inadecuadas (6.3%), traumatismo intracraneal (4.1%), Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (3.3%), Infección de vías urinarias, sitio no especificado (3.1%), Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos especificados (2.9%), Abdomen agudo (2.4%), Hipertensión esencial (primaria) (2.2%), Traumatismos múltiples, no especificados (1.9%), Supervisión de otros embarazos de alto riesgo (1.8%), y las de Fracturas múltiples del antebrazo (1.7%). En la emergencia las primeras 10 causas concentran el 29.7% de todas las morbilidades. El resto está dispersa en morbilidades que están por debajo de 1.7%, y representan el 70.3%.

El perfil epidemiológico de la hospitalización en lo referente a las principales causas de egreso, se dirige en primer lugar a la atención del parto (25%), a predominio del parto espontáneo; seguido en orden descendente: COVID-19 (4.6%), Insuficiencia Renal (4.5%), Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (4.47%), Personas en contacto con los serv. de salud en circun. relación. con la reproducción (3.3%), Enfermedades del apéndice (2.9%), Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (2.88%), Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas (2.4%), Influenza [gripe] y neumonía (2.4%), Otras enfermedades del sistema urinario

(2.4). Para el 2020 las primeras 10 causas de egreso concentraban el 55%, el resto de patologías están dispersas entre morbilidades abajo del 2.4% cada una. En este perfil predomina el sexo femenino con un 66%, equivalente a la proporción de los últimos cinco años.

En lo que respecta a las producciones de egresos generadas por los servicios de hospitalización, se observa un decremento sostenido desde el 2015 (32,736), 2016 (31,005), 2017 (30,267) 2018 (28,773), 2019 (28,156), y hasta octubre del 2020 se reportan 16,607 egresos. Es obvio que la pandemia por COVID está directamente vinculada a la reducción de la producción de egresos durante éste año, sea por temor de la población, la cuarentena en la que estuvo la población, los cierres de las consultas externas y/o la reducción en la programación de cirugías electivas.

Al analizar la información generada por servicios finales en los indicadores gerenciales, la variable egreso siempre recae con mayor peso, primero en gineco-obstetricia, luego en medicina interna, cirugía y por último pediatría.

El promedio de estancia en el hospital para el 2020 es de 5.2 días, para el 2019 de 5.6 días, y para el 2018 fue de 5.7 días. El índice ocupacional global fue de 60%, donde el mayor número de estancias recaen en medicina interna con el 36% de todo el volumen, presentando como departamento el 84% de índice de ocupación.

Epidemiológicamente la mortalidad en las primeras 48 horas se dirige al Resto de enfermedades del sistema digestivo con un 9.7% de los fallecidos acumulados en las primeras 48 horas, le siguen Enfermedades isquémicas del corazón (7.9%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (5.3%), Insuficiencia renal (5.1%), y Neumonía (4.8%). Después de las 48 horas se distribuyen en orden descendente y en función del total de fallecidos después de ese período, COVID-19 (10.2%), Neumonía (9.1%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (7.3%), Resto de enfermedades del sistema digestivo (6.0%), y la Insuficiencia renal (5.6%).

La tasa de mortalidad antes de las 48 horas es de 8.65 para el 2020, y para el 2019 fue de 9.49. Después de las 48 horas para el 2020 es de 10.33, y de 12.32 para el 2019. Ambas tasas fueron menores en el 2020 en relación al 2019.

<b>Muertos Antes de 48 horas (Bruta)</b>					
	Grupo de causas	Total			
		Muertes	Egresos	Tasa Letalidad	Tasa Mortalidad
1	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K29-K66,K80-K92)	57	405	14,07	0,84
2	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	46	49	93,88	0,68
3	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N20-N99)	31	133	23,31	0,46
4	Insuficiencia renal (N17-N19)	30	81	37,04	0,44
5	Neumonía (J12-J18)	28	47	59,57	0,41
6	Diabetes Mellitus (E10-E14)	22	41	53,66	0,33
7	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	22	24	91,67	0,33
8	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	17	63	26,98	0,25
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	14	396	3,54	0,21
10	Enfermedades del hígado (K70-K76)	14	15	93,33	0,21
	Demás causas	304	2621	0	4,49
	<b>Totales</b>	<b>585</b>	<b>3875</b>	<b>0</b>	<b>8,65</b>

<b>Muertos después de 48 horas (NETA)</b>					
	Grupo de causas	Total			
		Muertes	Egresos	Tasa Letalidad	Tasa Mortalidad
1	COVID-19 (U07)	71	194	36,6	1,05
2	Neumonía (J12-J18)	64	378	16,93	0,95
3	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N20-N99)	51	545	9,36	0,75
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K29-K66,K80-K92)	42	725	5,79	0,62
5	Insuficiencia renal (N17-N19)	39	679	5,74	0,58
6	Enfermedades del hígado (K70-K76)	29	99	29,29	0,43
7	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	28	118	23,73	0,41
8	Diabetes Mellitus (E10-E14)	25	359	6,96	0,37
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L98)	24	223	10,76	0,35
10	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	18	94	19,15	0,27
	Demás causas	308	6908	0	4,55
	<b>Totales</b>	<b>699</b>	<b>10322</b>	<b>0</b>	<b>10,33</b>

## ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la atención de las principales enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles desde el 2016 a septiembre del 2020:

<b>Diabetes Mellitus</b>				
<b>AÑO</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA LETALIDAD</b>
2016	891	741	1632	9,09
2017	810	894	1704	7,65
2018	790	906	1696	7,34
2019	755	899	1654	7,42
2020	421	483	904	7,17

<b>Hipertensión Arterial</b>				
<b>AÑO</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA LETALIDAD</b>
2016	242	832	1074	22,31
2017	193	898	1091	25,39
2018	116	1132	1248	15,52
2019	157	1136	1293	8,28
2020	690	64	754	4,5

<b>Enfermedad Renal Crónica</b>				
<b>AÑO</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA LETALIDAD</b>
2016	1355	165	1520	9,3
2017	1276	286	1562	10,58
2018	1479	305	1784	9,6
2019	1267	382	1649	5,21
2020	847	317	1164	7,3

<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>				
<b>AÑO</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA LETALIDAD</b>
2016	191	58	249	6,28
2017	196	73	269	9,18
2018	161	81	242	8,7
2019	139	69	208	6,47
2020	37	29	66	4,54

<b>CÁNCER</b>				
<b>AÑO</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TASA LETALIDAD</b>
2016	409	32	441	18,36
2017	406	31	437	17,1
2018	424	28	452	15,26
2019	359	30	389	14,12
2020	208	24	232	22,41

### **TIEMPOS DE ESPERA DURANTE EL AÑO 2020**

No es evaluable por haber tenido cerrada la consulta externa durante toda la fase más complicada de la pandemia. Para la consulta de emergencia, se ha medido del portón al Triage y en promedio es de 5 minutos, pero del Triage al inicio de la atención es de 30 minutos. El traslado de paciente de la Emergencia a los servicios de Hospitalización en promedio son 60 minutos.

La cirugía electiva también estuvo cerrada.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE METAS DE PAOH 2020 (Enero a septiembre del 2020)**

La pandemia por el COVID 19 impactó directamente en el funcionamiento hospitalario, de tal manera que las metas de producción establecidas para el año 2020 fueron desplazadas por la atención directa a la contingencia, la protección y seguridad del personal de primera línea y de los usuarios.

La atención en la Consulta Externa no fue la excepción, desde marzo se inhabilitaron los servicios ambulatorios y se desplazaron recursos humanos a la Emergencia Respiratoria, se mandaron profesionales a resguardo domiciliario (96 trabajadores en resguardo) y en el transcurso del evento se fortalecieron con especialistas la atención en hospitalización de los pacientes en el marco del COVID 19. La puesta en funcionamiento de la Emergencia Respiratoria desplazó físicamente la Unidad de Emergencia tradicional a un espacio físico que correspondía a la Consulta Externa, inhabilitando por lo menos 10 consultorios. La hospitalización en general reportó una disminución de ingresos, y en el curso de los meses con mayor número de casos sospechosos o confirmados

COVID 19 se cerraron servicios de cirugía y medicina interna para habilitar áreas de expansión para la atención hospitalaria de pacientes producto de la pandemia. Hasta el mes de septiembre que se observó una sostenida tendencia a un flujo bajo de pacientes sospechosos y confirmados en la Emergencia Respiratoria y en los ingresos hospitalarios, y en el marco de la re-apertura a nivel nacional, es que se re-inician de manera muy gradual y observando el comportamiento de la pandemia, las primera actividades que reflejan el ligero incremento en la productividad del tercer trimestre.

Una de las diferencias más importantes entre los eventos de desastres o epidémicos en los años anteriores y la pandemia del 2020, es la prolongada situación contingencial que menoscaba la capacidad operativa de la Institución y pone en una perspectiva diferente las brechas existentes en los sistemas hospitalarios.

En el curso de la identificación de los riesgos en el desarrollo del proceso de planificación institucional, se consideró gestionar la probabilidad que los responsables de elaborar y darle seguimiento al Plan Operativo del Hospital (Consejo de Gestión Estratégica) se encontraran con condiciones adversas que no les permitiera reunirse y/o dedicarse a otras actividades priorizadas. La acción de control que se estableció fue el diseño e implementación de Planes o Estrategias Contingenciales. En éste caso, el riesgo se hizo efectivo y la pandemia forzó al sistema hospitalario a cambiar objetivos, estrategias y actividades priorizadas, gestionándose a través de la elaboración del Plan Contingencial por la pandemia del COVID 19, que estableció las nuevas prioridades y las acciones a implementar para asegurar la atención de pacientes y usuarios, así como la seguridad de los mismos, de los proveedores, profesionales y trabajadores del nosocomio.

En esa línea de ideas, la alta gerencia del Hospital, a través del análisis de la contingencia por los Comités de Emergencia y Desastres y el de Seguridad Ocupacional, en la Consulta Externa se fijó como objetivos asegurar el acceso de medicamentos para los pacientes con enfermedades crónicas y la atención directa de pacientes fue desplazada por la disponibilidad de líneas telefónicas donde los ciudadanos podían hacer sus consultas por su condición médica o su necesidad de medicamentos de uso crónico y los profesionales mantenían la atención y recomendaciones por esa vía a los pacientes en programas de citas. Se trabajó en la coordinación

estrecha y colaborativa entre la Farmacia y la Consulta Externa para definir los flujos y lograr el acceso a los medicamentos a los pacientes con enfermedades crónicas, reduciendo al máximo el riesgo de contagio por los aerosoles.

En ese marco contingencial y prolongado de atención no es posible hacer una comparación de cumplimientos de metas entre el año 2020 y los años anteriores que nos conduzca a conclusiones coherentes. En general, durante los primeros dos meses del año se observa un cumplimiento de actividades en base a lo planificado a través de la meta en rangos muy aceptables, en marzo se marca el punto de inflexión y disminuye la producción, a partir de abril el cumplimiento de metas cae de manera muy consistente.

Los sistemas reportan que la producción de la consulta externa especializada alcanzó el 55% de cumplimiento de la meta programada hasta septiembre 2020. Todas las especialidades presentan un ligero incremento en el tercer trimestre, por la apertura parcial de la consulta presencial. El mayor peso porcentual de productividad recae en especialidades que se mantuvieron funcionando por la priorización realizada por la Alta Gerencia (pacientes con enfermedad renal, enfermedades crónica complejas o inestables, pacientes embarazadas, etc.), entre ellas medicina interna (cumplimiento de meta de 75%), salud mental por psiquiatría (cumplimiento de meta de 68%) y obstetricia (cumplimiento de meta de 61%).

La producción de la consulta externa en los componentes de sub-especialización alcanzó el 55% de cumplimiento de la meta programada hasta septiembre 2020. En las sub-especialidades de medicina interna se observa un incremento de la productividad a partir de la re-apertura en septiembre de áreas como cardiología, nefrología y endocrinología, y en los primeros nueve meses se tuvo un cumplimiento de meta global de 39%. En las sub-especialidades de cirugía, el cumplimiento de meta global fue de 36%, y el incremento por la re-apertura se reflejó en ortopedia y oftalmología.

Para las sub-especialidades de pediatría, el cumplimiento de meta global fue de 25%.

En el caso de la consulta de emergencia, se tuvo un rendimiento global de 67%, sin dejar de mencionar que la emergencia presenta una producción en base a la demanda, y ésta fue mermada

por la percepción en la población de las condiciones de riesgo por la pandemia del COVID 19. El objeto ha sido cubrir la demanda espontánea que se presente a la Unidad de Emergencia, manteniendo las medidas de bioseguridad para resguardar a los profesionales, trabajadores, pacientes y acompañantes.

Respecto a la producción de egresos hospitalarios de las especialidades básicas, el cumplimiento de la meta programada fue de 71%, y correspondió al 80% del total de egresos de todo el Hospital en el período.

Durante la pandemia la carga de la patología respiratoria recayó en medicina interna, por lo que su producción estuvo dentro del marco de lo programado (95%), y por la prioridad de mantener la seguridad del binomio madre-bebé se mantuvo la atención de las pacientes embarazadas, generando que la producción de egresos de obstetricia estuviera dentro de lo planificado (90%). El resto de especialidades básicas se comportaron con una producción muy por debajo de lo planificado. Muchos de estos profesionales fueron re-ubicados para fortalecer la atención de los pacientes COVID 19 y otro volumen estuvo en resguardo domiciliar.

El cumplimiento de meta programada para los egresos de las sub-especialidades fue de 64%, de lo que el 81% es a expensas de las subespecialidades de pediatría, específicamente por neonatos, que mantuvo su oferta de servicios para respaldar la atención de la paciente embarazada.

Respecto a los egresos de las sub-especialidades de cirugía, su productividad fue a expensas de mantener operando la cirugía de ortopedia y traumatología, con el objeto de reducir complicaciones y discapacidades.

Durante la pandemia la atención de la embarazada fue una prioridad, por lo que el cumplimiento de las metas para partos fue de 114%, de los que el 71% correspondió a partos vaginales.

El índice de cesáreas ha tenido un comportamiento estable, con tendencia a la disminución. Para el 2015 fue de 34%, el 2016 de 33.8%, el 2017 de 35.2%, el 2018 presentó un descenso hasta 31.4%, el 2019 fue de 31.7%, y para el 2020 se observa un ligero descenso a 29.4%.

El rendimiento de la cirugía mayor para el 2020 fue de 57%, a expensas de la cirugía de emergencia para hospitalización (cumplimiento de meta del 90%), que aportó el 56.5% de todos los procedimientos. La electiva para hospitalización estuvo a expensas de la cirugía ortopédica.



Por supuesto que la pandemia requirió de camas de intensivos para la atención de los pacientes con COVID 19 graves, lo que provocó que los cuidados intensivos sobrepasaran las metas programadas para el período (121% de ingresos y 123% de transferencias), a pesar que no hay datos reportados del mes de septiembre.

El índice de ocupación global del hospital fue de 60% para el período, con un promedio de estancia de 5.2 días por egreso. Como resultado de la pandemia, medicina interna tiene 26% del volumen de estancias en el Hospital, con el 84% de índice de ocupación y con un promedio de estancia de 7.9 días. A expensas de neonatología, la pediatría es el responsable del 19% de todas las estancias y Obstetricia del 17%, con un promedio de estancia de 5.6 y 2.7 respectivamente.

En relación a los servicios de la Unidad de Terapia Dialítica, el rendimiento de la diálisis peritoneal desde el 2015 hasta la fecha ha estado por arriba del 140%, para el 2018 fue de 128%, para el 2019 de 123%, y para el 2020 ha sido de 158%. En el caso de la hemodiálisis, la producción es de 102% en relación a la meta programada para el período. En base a los datos anteriores, la administración ha fortalecido a la Unidad con capacitaciones, mejores y más efectivos procesos de abastecimiento, re-adecuación de la infraestructura y mejoras en los procesos administrativos y de control.

Los servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento también fueron impactados por la pandemia, particularmente por desde marzo se suspendieron todos los estudios ambulatorios y sólo se dio cobertura a la Emergencia y al Hospitalización. Siempre persisten algunas fallas en la captura de dato del SPME y los cambios de tabuladores que generaron cambios en las fuentes, para el caso la lectura de citologías y datos del banco de sangre. A pesar de lo anterior, los resultados fueron los siguientes:

## DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO

### Hematología

Como era de esperarse, la suspensión desde marzo de la consulta externa redujo la demanda de estos exámenes, logrando el 51% de cumplimiento de la meta establecida para el período. Por el contrario, la Emergencia logró el 112% de cumplimiento, y la hospitalización con el servicio disponible pero con menor demanda, logró el 78% de la meta planificada.

### Inmunología

Los datos reflejan la inactividad prolongada de la consulta externa (34% de cumplimiento), pero un incremento importante para la Emergencia (209% de cumplimiento) y la Hospitalización (142%). En la Emergencia se tuvo un incremento de pruebas de embarazo y en la Emergencia Respiratoria de pruebas como la Proteína C Reactiva (protocolos COVID 19). Las pruebas que incluye el rubro de inmunología son: Antígenos febriles, factor reumatoideo, Hormona gonadotropina coriónica, Proteína C reactiva, serología para sífilis, T3, T4, TSH, antígeno prostático.

### Bacteriología

El mismo comportamiento de los anteriores se observa en bacteriología. Los exámenes en consulta externa durante el período de suspensión de consulta ambulatoria es por los cultivos enviados de pacientes atendidas en área obstétrica y área de úlceras y heridas. En la Emergencia el incremento está focalizado en la Emergencia Respiratoria, dónde los cultivos que más se solicitaron fueron hemocultivos, secreción traqueal, urocultivo, coprocultivo, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo y esputo.

### Parasitología

La producción es baja, y de igual manera se observa desde el segundo trimestre el descenso importante en relación a la suspensión de la consulta externa y la reducción de egresos.

### Bioquímica

Se observa que para consulta externa un logro respecto a la meta de 45%, coincidente con la disminución de los servicios por la pandemia, al igual que la disminución de uso de estos

exámenes en hospitalización, pero que en base a la continuidad de servicios como ginecología y obstetricia, neonatos y medicina interna se ha tenido el logro de 77%.

Las pruebas de bioquímica representan más de la mitad de toda la producción de laboratorio, e incluye las siguientes pruebas: Glucosa, colesterol, Triglicéridos, Ácido Úrico, bilirrubina, transaminasas, lipasa, amilasa, hemoglobina glicosilada, electrolitos, Calcio, fosforo, magnesio.

## Banco de Sangre

En el registro de Banco de Sangre los códigos “S” que se reportan son:

- S-1 tipeo sanguíneo aquí se reporta lo de los pacientes
- S-4 Coombs directo
- S-5 Coombs Indirecto
- S-6 Prueba cruzada
- S-7 DU
- S-34 fenotipo de glóbulos rojos en este caso pacientes.
- S-49 Chagas no donantes
- S-50, S-44, S-48, S-45,S-64, S-61, S-62,S-63, S-55, S-52, S-63, S-54, Que se refieren a controles directos, indirectos e internos de las pruebas de tamizaje

De estos códigos se inició su documentación en enero de 2020 el S-1, al detectarse que erróneamente se estaban documentando en la hoja de tamizaje y los tipeos de pacientes no corresponden en esa hoja y adicionalmente no se documentaban todos porque lo consideraban parte de la prueba cruzada. El otro código S-34 es porque a partir de este año, en el que se tiene una población considerada de donantes fenotipificados, se ha iniciado este procedimiento a pacientes.

Cabe mencionar que la atención de donantes inicialmente se contemplaba en consulta externa, por lo que los tipeos a embarazadas aún se documentan en este rubro.

El fenotipo, tiene una población de consulta externa, los donantes; y otra de hospitalización, que son los pacientes.

Todo lo anterior implica la necesidad de modificaciones en la meta de banco de sangre.

Urianálisis

La hospitalización alcanzó una producción en base a la meta de 135%, a costa de la demanda de obstetricia en cumplimiento de protocolos establecidos.

## **DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA**

Fluoroscopias y Endoscopias

Se ha observado un descenso constante en la producción de este tipo de estudios. En el primer trimestre se alcanzó un 83% de cumplimiento de la meta programada, en el segundo fue de 43% y en el tercero de 33%. No se puede dejar de mencionar que en el marco de dar respuesta a las solicitudes de rayos X de tórax para la hospitalización respiratoria de pacientes COVID 19, con el objeto de contar con un área física en rayos X para estos pacientes, a partir del 22 julio fue trasladada la torre de Gastro-duodeno-colonoscopia a Sala de Operaciones Central. De tal manera que los estudios urgentes de Gastrosocopia, duodenoscopia y colonoscopia tomados con fluoroscopia serían canalizados a través del departamento de cirugía en coordinación con Sala de Operaciones Central. Uno de los factores para tomar esta disposición fue que para ese tipo de estudios, donde se necesita la torre endoscópica, se requiere de la presencia de un anestesista, motivo por el cual resulta factible tenerla ubicada en Sala de Operaciones.

Radiografías

El logro en relación a la meta programada para el primer trimestre fue de 77% y de 37% para el segundo. El primer trimestre fue impactado por falta de insumos (películas) por falta de cumplimiento de la empresa responsable de proveer, el segundo trimestre se afectó por la suspensión de estudios para las áreas ambulatorias y referidos de la atención primaria. En el tercer trimestre se alcanzó un 51% de lo programado. El comportamiento de los meses Julio, agosto y septiembre ha sido similar, considerando que no hay atenciones de tipo ambulatorio, sino que responde a pacientes procedentes de los servicios de Hospitalización y de la Unidad de Emergencia general como de la Emergencia Respiratoria. El mayor porcentaje de radiografías realizadas procede de los servicios de atención respiratoria, Neonatos y cirugía.

## Ultrasonografías

Se tuvo una producción en base a meta planificada de 62%. En el curso de la pandemia, los estudios se realizaron a pacientes provenientes de los servicios de medicina Interna, cirugía y Neonatos. En el caso del Departamento de Gineco-obstetricia, se realizaron tanto para consulta ambulatoria como para pacientes hospitalizadas. Desde el inicio de la pandemia se asignó un equipo para la realización de Ultrasonografías en la Unidad de emergencia respiratoria, produciendo durante el tercer trimestre un promedio de 18 ultrasonografías mensuales.

## Tomografía Axial Computarizada

No se realizaron estudios durante los primeros ocho meses a pesar de estar instalado el nuevo Tomógrafo de 64 cortes. Esto fue porque el recurso humano había recibido la capacitación técnica en botonería para manejo del equipo, pero para poder aperturar ésta oferta de servicios aún no se ha completado la capacitación con el módulo de Aplicaciones Clínicas, por lo que el recurso humano aun no reúne las competencias técnicas para la operativización del equipo.

## Mamografía Diagnostica y de Tamizaje

Durante el primer trimestre se tuvo una productividad del 97% respecto a la meta de mamografías diagnósticas, 5% para el segundo trimestre y 14% para el tercero. Ésta producción fue por la atención de pacientes enviadas con sospecha de cáncer por el médico mastólogo.

Respecto a las mamografías de tamizaje, las cuales responden a la estrategia de búsqueda activa de casos de cáncer de mama para intervención temprana, se comportó con una producción alta para los primeros dos meses del año y la disminución para el tercero. En el segundo y tercer trimestre no se realizaron por la suspensión de atención de pacientes ambulatorios.

Al momento aún no se ha aperturado la oferta de servicios para mamografías de tamizaje. Se cuenta con cupo disponible para pacientes con sospecha clínica de patología mamaria.

## **DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Biopsias de cuello uterino, biopsias de mama y de otras partes del cuerpo

Con respecto a las biopsias de cuello uterino y de otras partes del cuerpo, el fenómeno se repite en el sentido que los primeros dos meses la producción es alta, baja para el mes de marzo con el apareamiento del Plan Contingencial por la pandemia, y luego la suspensión de la oferta del servicio y el retiro de personal técnico mayor de 60 años reduce considerablemente el nivel de productividad en relación a las metas programadas. Para el tercer trimestre se alcanzó un 25% en la producción de lecturas de biopsias de cuello uterino, cuyas muestras son provenientes de la consulta de colposcopia, la cual atendió casos especiales y pacientes captadas en la unidad de emergencia. Se realizó un 27% de las biopsias de mama programadas, en el marco de ser atendidas en la Unidad de Emergencia o en quienes existía la sospecha clínica de patología mamaria; para pacientes en servicios de hospitalización y algunos casos ambulatorios, se consideró la biopsia de carácter “urgente”.

De las biopsias de otras partes del cuerpo, se cumplió con el 64% de lo programado, las cuales provenían de pacientes atendidos en Unidad de emergencia, Sala de Operaciones Central, y Departamento de Ginecología y Obstetricia.

## **OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

Ecocardiogramas

Se logró el 86% de cumplimiento de la meta programada en el período. Pero se observó que en el tercer trimestre se logró un 77%, mucho mayor que el 46% del segundo trimestre. Y esto fue debido a que durante este periodo se incrementó la cantidad de pacientes con sospecha de patología cardíaca provenientes de los servicios de hospitalización. No se realizaron este tipo de estudios a pacientes ambulatorios.

Electrocardiograma

Se logró el 63% de cumplimiento de la meta programada en el período. Éste servicio ha estado disponible para pacientes hospitalizados pero no para pacientes ambulatorios, por no existir la demanda.

### Electroencefalograma

Se logró el 36% de cumplimiento de la meta programada en el período. Este tipo de exámenes son realizados para pacientes provenientes de servicios de hospitalización, UTI adultos y pediatría. No se cuenta con el servicio para pacientes ambulatorios. No existe disponibilidad de neurólogo de adultos, solamente con neurólogo pediatra, quien apoya con las lecturas de los EEG realizados a pacientes provenientes de Pediatría.

### Espirometrias

Durante el periodo evaluado se alcanzó un rendimiento del 18% en base a lo programado, lo cual a pesar de contar con recurso médico responsable de realizar estas pruebas, se ha visto impactado por ausencia de neumólogo para su interpretación. Durante el periodo de pandemia no se realizaron espirometrias, por el riesgo de la generación de aerosoles.

### Pruebas de Holter

El rendimiento de este tipo de pruebas fue de 34% para el periodo. No se ha dado cobertura a la atención ambulatoria de consulta externa, sólo a hospitalización. A esto se agrega que sólo se cuenta con un cardiólogo para el Hospital.

## **DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

Se registra un 54% de producción en relación a lo programado. Durante este periodo no se ha dado atención a pacientes provenientes de consulta externa, solamente pacientes de servicios de hospitalización, y para ello se ajustaron los protocolos de atención a la terapia en las áreas respiratorias (hospitalización y emergencia) para pacientes con sospecha o confirmado de COVID-19-

## **FARMACIA**

### **RECETA DISPENSADA PARA CONSULTA AMBULATORIA Y PARA HOSPITALIZACION**

Al observar el rendimiento del despacho de recetas de consulta (56%) y despacho a hospitalización (89%). El dato de consulta es a predominio de la paciente embarazada, la cual no se ha dejado de

atender, pacientes con otro tipo de morbilidades como pacientes renales, con enfermedades crónicas, paciente pediátrico y neonatal con cardiopatía, paciente atendido en clínica de úlceras y heridas, pacientes con cáncer de todo tipo.

Para el caso de los pacientes con enfermedades crónica se ha dispensado para quien ya tenía receta programada, al igual que para el paciente que ya no tenía medicamento y se hizo presente a la institución para solicitar la elaboración de receta y dispensación de medicamento. Se ha mantenido la estrategia de entrega domiciliar de medicamentos a través de correos de El Salvador, siendo entregados al momento 2,152 paquetes y 2.778 recetas.

Para las recetas dispensadas para paciente proveniente de los servicios de Hospitalización, el logro respecto a la meta programada fue de 89%, el cual se benefició en el tercer trimestre, por el incremento de ingresos a Hospitalización, sobre todo de pacientes con patología crónica y pacientes renales.

### **SERVICIOS GENERALES**

En los servicios generales, se observan rendimientos acordes al índice de ocupación del hospital.

#### **ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

Se obtuvo un rendimiento global de 69% en relación a la meta programada. Es importante mencionar que el departamento de Medicina Interna muestra el nivel más alto de cumplimiento (141%), seguido de neonatología (82%) y luego obstetricia (75%), lo cual está directamente relacionado con los servicios de hospitalización que más actividad tuvieron, por las prioridades institucionales.

#### **LAVANDERIA**

Se obtuvo un rendimiento global de 99% en relación a la meta programada. Es el resultado del incremento de demanda de ropa limpia y desinfectada para los pacientes COVID 19.

#### **MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

Se obtuvo un rendimiento global de 114% en relación a la meta programada, como producto de la necesidad de mantener los equipos operando.

#### **TRANSPORTE**



En esta área se obtuvo un cumplimiento de 107% de kilómetros recorridos en base a los que se programaron como meta, por arriba del 80% en promedio en los últimos dos años. No hay que perder de vista que se han realizado múltiples traslados al Hospital El Salvador.

## **ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SALUD**

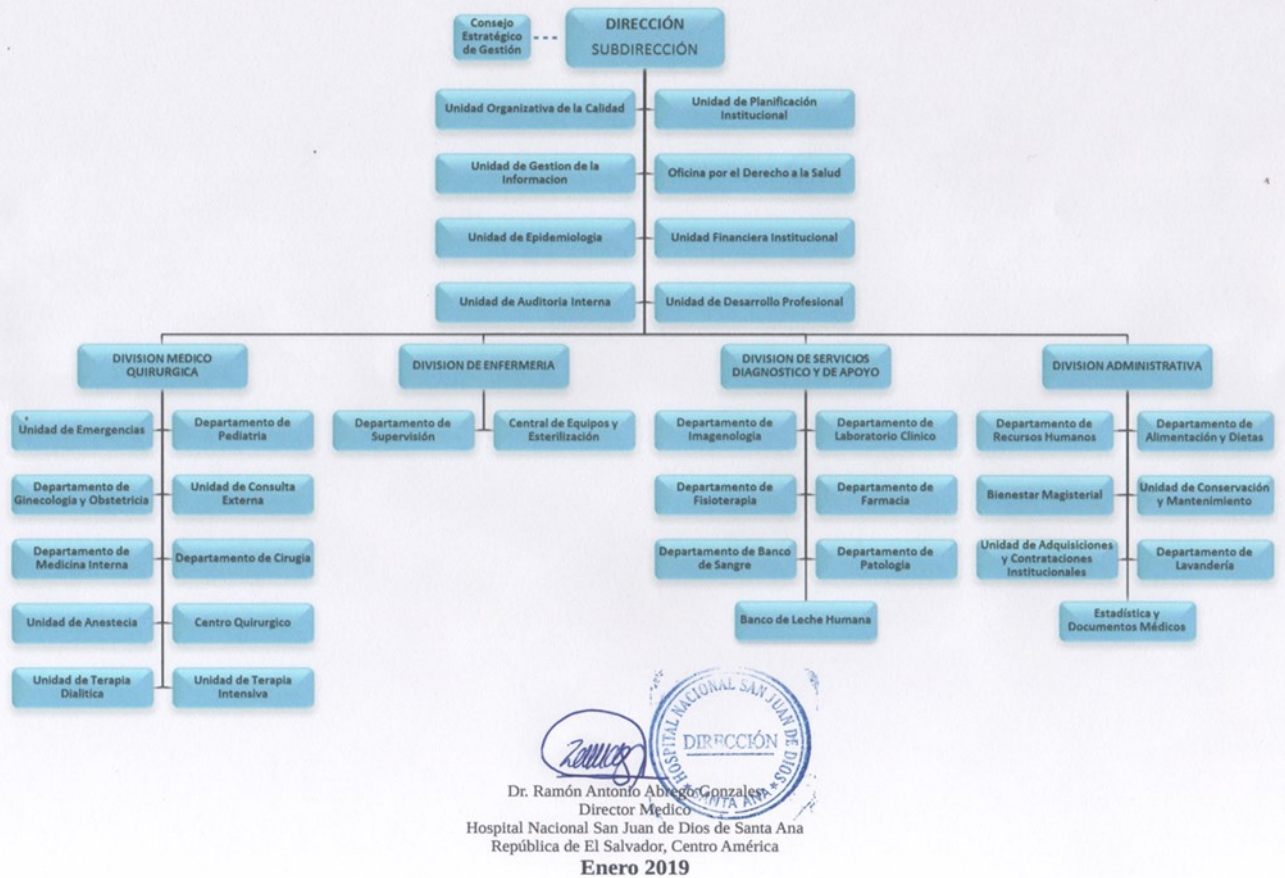
El perfil epidemiológico del hospital en relación a los egresos y atenciones ambulatorias, muy a pesar de la irrupción del COVID 19, se ha saturado de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles entre sus primeras causas, y a pesar que las letalidades de la mayoría de ellas en los últimos cuatro años vienen consistentemente en descenso, la realidad nos convoca a prepararnos de cara al futuro porque el perfil va a orientarse a las enfermedades renales, cardíaca y neumológicas.

A partir de los datos de morbi-mortalidad del hospital, se justifica la generación de unidades especializadas en área como cardiología, endocrinología, nefrología, neumología, entre otros. Actualmente funcionan únicamente con asignaciones de camas y no como verdaderas unidades independientes.

En los últimos años es evidente el incremento de la capacidad tecnológica del hospital, a partir de la adquisición de equipo biomédico, sistemas informáticos e infraestructura. Sigue siendo una deuda la incorporación de los médicos sub-especialistas que apoyen el desarrollo de ésta tecnología y cerrar la brecha importantísima de personal de enfermería deficitario, tanto en su cantidad como en la calidad de formación profesional exigida para la demanda ciudadana.

La información refleja la necesidad de fortalecer la actual oferta de servicios, no solo en la cantidad y calidad los recursos humanos, sino en dotar del abastecimiento adecuado de medicamentos, insumos, infraestructura y equipamiento, para dirigirnos en el camino de la calidad de atención, centrándola en los requerimientos de los ciudadanos y fortaleciendo la calidad de diseño de los servicios. Para dar respuesta a las observaciones, anteriores el equipo de Alta Dirección priorizó el desarrollo del enfoque de gestión para el hospital, que salta de lo tradicional a la gestión con un enfoque de procesos para la mejora continua de la calidad, tomando como punto de partida que lo que no se conoce, no se mide y no se administra.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA



**ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD RESIDUAL 2020**  
**Reporte Capacidad Residual Quirófano 2020**

Quirófano General	2020
Numero de quirófanos disponibles para cirugía electiva	3
Promedio de horas de funcionamiento por día	21.0 Horas
Número de horas quirófano disponibles al año	5,040.0 Horas
Horas promedio por Cirugía	2.0 Horas
Capacidad máxima de cirugías	2,520
Numero de cirugías realizadas	2,282
Capacidad residual de cirugías electivas	238

La disponibilidad de quirófanos se vio reducida para el 2020 porque no estaban funcionando los quirófanos de la Unidad de Emergencia, por estar ocupada por la Emergencia Respiratoria.

#### Reporte Capacidad Residual de Consultorios 2020

Información 2020 de Consultorios	No consultorios disponibles para consulta externa	No promedio de horas funcionamiento de consultorios al día	No de hrs. consultorios disponibles al año	Tiempo en Horas promedio por consulta	Capacidad máxima de consultas médicas al año	No de consultas realizadas 2020	Capacidad residual de consultas médicas
Medicina General	0	0.0 Horas	0 Horas	0.0 Horas	0	62	-62
Especialidades Medicina	7	49.0 Horas	11,760 Horas	0.0 Horas	0	29,996	-29,996
Especialidades Cirugía	4	28.0 Horas	6,720 Horas	0.0 Horas	0	17,714	-17,714
Especialidades de Pediatría	3	21.0 Horas	5,040 Horas	0.0 Horas	0	6,868	-6,868
Especialidades Gineco Obstetricia	5	30.0 Horas	7,200 Horas	0.0 Horas	0	9,402	-9,402
Psiquiatría	2	12.0 Horas	2,880 Horas	0.0 Horas	0	4,758	-4,758

#### Reporte Capacidad Residual Camas

Información 2020	No camas censables	Según Estándares			Capacidad máxima de egresos al año	No de egresos realizados 2020	Capacidad residual
		Promedio de días de estancia	% Ocupación	Días laborales al año			
<b>Cama Censable</b>							
<b>Especialidades Básicas</b>							
Cirugía	91	7.70 Días	85%	365 Días	3,667	2,792	875
Ginecología	10	4.00 Días	85%	365 Días	776	456	320
Medicina Interna	97	8.00 Días	85%	365 Días	3,762	4,350	-588
Obstetricia	71	3.00 Días	85%	365 Días	7,343	6,536	807
Pediatría	76	5.00 Días	85%	365 Días	4,716	1,706	3,010
<b>Sub Especialidades</b>							
Sub Especialidad de Medicina Interna							
Nefrología	20	8.00 Días	85%	365 Días	776	0	776
Sub Especialidades de Cirugía							
Ortopedia / Traumatología	31	10.70 Días	85%	365 Días	899	544	355
Otorrinolaringología	8	6.00 Días	85%	365 Días	414	74	340
Sub Especialidades de Pediatría							
Cirugía Pediátrica	10	3.80 Días	85%	365 Días	816	388	428
Neonatología	40	5.60 Días	85%	365 Días	2,216	2,052	164
<b>Otros Egresos</b>							
Bienestar Magisterial	15	3.70 Días	85%	365 Días	1,258	606	652

CAPACIDAD INSTALADA PROYECTADA PARA EL 2021

<b>Dotación de consultorios en Consulta Externa y Emergencia, total de horas diarias utilización real de consultorios, año 2021.</b>			
<b>Actividades Hospitalarias</b>			
<b>Servicios Finales</b>	<b>Existentes</b>	<b>Funcionando</b>	<b>Total de horas diarias utilización real</b>
<b>Consulta Externa Médica</b>			
<b>Especialidades</b>			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>49,0</b>
Cirugía General	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>28,0</b>
Pediatría General	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>21,0</b>
Ginecología	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>30,0</b>
Obstetricia			
Psiquiatría	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>140,0</b>
<b>Consultas de Emergencias</b>			
De Medicina Interna			
Medicina Interna	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,0</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
De Cirugía			
Cirugía General	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,0</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
De Pediatría			
Pediatría Gral.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,0</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,0</b>
Obstetricia			
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
De Psiquiatría			
Psiquiatría	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12,0</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia/Consulta General	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,0</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
<b>Consulta Externa Odontológica</b>			
Odontológica de primera vez	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6,0</b>
Odontológica subsecuente			
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

**Dotación de camas de hospitalización, año 2021.**

<b>Camas Censables</b>	
<b>Servicio Hospitalario</b>	<b>Nº camas</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	
Cirugía	<b>91</b>
Ginecología	<b>10</b>
Medicina Interna	<b>97</b>
Obstetricia	<b>71</b>
Pediatría	<b>76</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>345</b>
<b>Sub Especialidades</b>	
Sub Especialidad de Medicina Interna	
Nefrología	<b>20</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>20</b>
Sub Especialidades de Cirugía	
Ortopedia / Traumatología	<b>31</b>
Otorrinolaringología	<b>8</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>39</b>
Sub Especialidades de Pediatría	
Cirugía Pediatrica	<b>10</b>
Neonatología	<b>40</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>50</b>
<b>Otros Egresos</b>	
Bienestar Magisterial	<b>15</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>15</b>
<b>Camas NO Censables</b>	
Emergencia (Observación)	<b>14</b>
Trabajo de Partos	<b>5</b>
Unidad de cuidados intermedios	<b>10</b>
Unidad de cuidados intensivos	<b>20</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>49</b>

**Dotación de quirófanos, Horas diarias para Cirugía, año 2021.**

<b>Concepto</b>	<b>Año 2021</b>			
	Existentes	Funcionando	No. total horas diarias programadas para Cirugía Electiva	No. total horas diarias programadas para Cirugía Emergencia
Quirófano General	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>024</b>	
Quirófano de Gineco Obstetricia	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>024</b>
Quirófano Emergencia	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>024</b>

## ESTRUCTURA DEL TALENTO HUMANO PARA DICIEMBRE 2020

No	AREAS	LEY DE SALARIOS (PERMANENTES)	CONTRATO GOES (PERMANENTES)	SERVICIOS PROFESIONALES	REFUERZO COVID-19	PLAN NACIONAL DE SALUD	TOTAL
1	PROFESIONALES MEDICOS	191		11	10		212
2	PROFESIONALES DE ENFERMERIA	414		4	60	25	503
3	SERVICIOS DE APOYO	119		15	26	4	164
4	SERVICIOS GENERALES Y OTROS ADMINISTRATIVOS	274	2	52	19		347
5	PRACTICANTES INTERNOS Y MEDICOS RESIDENTES	134	96	0	0		230
		<b>1132</b>	<b>98</b>	<b>82</b>	<b>115</b>	<b>29</b>	<b>1456</b>
<b>Fuente:</b>							
<b>Licda. Sara Cristina Flamenco Estrada</b>							
<b>Jefe de Recursos Humanos</b>							

## NIVEL DE ABASTECIMIENTO 2020

Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana HNSJDSA				
Asesoría de Medicamentos e Insumos Médicos				
Informe de Abastecimiento de Medicamentos Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de enero a noviembre 2020				
Mes	Promedio mensual	SE	Fecha	Abastecimiento
Enero	92.9	1	29 de diciembre al 4 de enero 2020	94.1
		2	5 al 11 de enero 2020	93.3
		3	12 al 18 de enero 2020	92.5
		4	19 al 25 de enero 2020	91.7
		5	26 de enero al 1 de febrero 2020	92.9
Febrero	91.5	6	2 al 8 de febrero 2020	92.5
		7	9 al 15 de febrero 2020	93.3
		8	19 al 22 febrero 2020	92.5
		9	23 al 29 de febrero 2020	87.7
Marzo	86.0	10	02 al 8 de marzo 2020	85.4
		11	9 al 15 de marzo 2020	85

		12	16 al 22 de marzo 2020	85.4
		13	23 al 28 de marzo 2020	87.4
		14	29 de marzo al 4 de abril 2020	86.6
Abril	90.1	15	5 al 12 de abril 2020	91.7
		16	13 al 19 de abril 2020	89.3
		17	20 al 26 de abril 2020	90.5
		18	27 de abril al 3 de mayo 2020	88.9
Mayo	87.2	19	4 al 10 de mayo 2020	87.4
		20	20 al 11 de mayo 2020	87
		21	18 al 24 de mayo 2020	86.6
		22	25 al 31 de mayo 2020	87.7
Junio	88.8	23	1 al 7 de junio 2020	89.3
		24	7 al 14 de junio del 2020	88.5
		25	15 al 21 de junio del 2020	88.5
		26	22 al 28 de junio del 2020	88.9
Julio	87.9	27	29 de junio al 05 de julio de 2020	86.6
		28	06 al 12 de julio de 2020	88.9
		29	13 al 19 de julio de 2020	87.7
		30	20 al 26 de julio de 2020	88.1
		31	27 de julio al 02 de agosto de 2020	88.1
Agosto	86.7	32	03 al 09 de agosto de 2020	87
		33	10 al 16 de agosto del 2020	87
		34	17 al 23 de agosto de 2020	85
		35	24 al 30 de agosto de 2020	87.7
Septiembre	87.4	36	31 de agosto al 06 de septiembre de 2020	85.8
		37	07 al 13 de septiembre de 2020	81
		38	14 al 20 de septiembre 2020	89.3
		39	21 al 27 de septiembre de 2020	90.1
		40	28 de septiembre al 4 de octubre de 2020	90.9
Octubre	90.8	41	05 al 11 de octubre de 2020	91.3
		42	12 al 18 de octubre 2020	90.1
		43	19 al 25 de noviembre de 2020	90.9
		44	26 de octubre al 1 de noviembre 2020	90.9
Noviembre	93.7	45	02 al 8 de noviembre de 2020	97.6
		46	09 al 15 de noviembre 2020	91.3
		47	16 al 22 de noviembre 2020	91.3
		48	23 al 29 de noviembre de 2020	94.5

Fuente: Elaboración Asesoría de Medicamentos con datos reportados al Sistema Nacional de Abastecimiento del MINSAL SINAB

## **ANÁLISIS FODA**

En primer lugar se definió que el Consejo de Gestión Estratégico del Hospital es el responsable de diseñar e implementar el proceso de elaboración del PAOH 2021. El equipo facilitador del proceso fue la Unidad de Planificación Institucional.

Durante la elaboración del PAOH 2021 el equipo facilitador tuvo las siguientes funciones:

- a. Diseñar una metodología adecuada para la planificación, usando herramientas que se adaptaran al estilo del nuevo liderazgo.
- b. Coordinar a las actividades que forman parte del proceso de planeación
- c. Preparar los instrumentos, equipo y materiales que se utilizan en cada actividad
- d. Dirigir las dinámicas para el desarrollo de las actividades.
- e. Procesar la información obtenida para todas las etapas de elaboración del plan.
- f. Ser el enlace, ante eventuales dudas, con la Dirección de Planificación y de Hospitales del Ministerio de Salud.
- g. Consolidar la información y elaborar el documento final del PAOH 2021

El proceso se inició sensibilizando a los participantes sobre la importancia de la planificación:

- a. Se expone la importancia de planificar, tratando de motivar la participación creativa del equipo.
- b. Antes de iniciar el proceso el equipo facilitador expone la metodología y definición de términos en general a los participantes.

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y DIAGNÓSTICO**

Tal como lo requieren los Lineamientos del MINSAL, se realizó un análisis de la situación actual del hospital en cuanto a: capacidades, problemática, detalle de tendencias y aspectos positivos o negativos que pueden afectar su quehacer en el presente o futuro.

Para el análisis de la situación actual se usó la **técnica FODA** (análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y la lluvia de ideas (**brainstorming**), mediante esta herramienta se estudia la situación interna y externa, los resultados definirían los temas estratégicos del hospital,



a través de la técnica de Balance Estratégico, en base al cual se estableció ponderar cada una de los criterios de las variables del FODA en una escala del 1 al 3. Donde 1 representa el nivel más bajo posible del impacto de esa variable y 3 el nivel mayor de impacto en términos de los objetivos Institucionales. A partir de ello se asignará una calificación individual a cada lista, para indicar el grado de cada variable, de ésta manera se puede establecer las diferencias que permita jerarquizarlas.

El resultado de **FODA** fue el siguiente:

<b>FORTALEZAS</b>	<b>ESCALA</b>
Alto nivel de compromiso de los profesionales, particularmente con los valores institucionales	2
Modelo de gestión basado en procesos en construcción	3
Contar con los instrumentos administrativos que nos marcan el rumbo institucional y fortalecen la gestión de la calidad (Política de Calidad, Visión, Misión, Objetivos, Plan, etc)	3
Fuerte componente de vigilancia epidemiológica, incluso premiado a nivel nacional e internacional	3
Definición de canales de comunicación fortalecidos a partir de la institucionalización del Manual para tal fin, que ha mejorado focalmente la comunicación a nivel de jefes de División pero mejorable en el resto	2
Readecuaciones en la infraestructura hospitalaria y equipamiento en áreas específicas para la mejora de los procesos asistenciales	3
Estrategia de seguridad de pacientes	3
Recurso humano con experiencia y competencias técnicas en algunas unidades organizativas	3
Reconocimiento institucional, a las mejores prácticas hospitalarias y al talento humano	3
Sistematización de la supervisión como eje de desarrollo desde la alta gerencia	3
Tecnología acorde al perfil epidemiológico de la región	3
Hospital Escuela	3
Promoción Institucional de alianzas estratégicas público-público y/o público-privado	3
Modelo de Dirección participativa	3
Comités de asesoría permanentes	3
Autoridades que gozan de prestigio	3
Educación continua del personal hospitalario	3
Oportunidad de aplicación del amplio marco regulatorio en el Hospital	3
Mejora de los procesos asistenciales a los pacientes renales a partir de una reorganización innovadora	3

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESCALA</b>
Apoyo político e interinstitucional desde los diferentes órganos de gobierno y las diferentes dependencias públicas	3
Fortalecimiento de la intersectorialidad alrededor de los objetivos de salud	3
Ley de Firma Electrónica	3
Reforma presupuestaria orientada a resultados	3
Política gubernamental orientada al desarrollo e impulso de la tecnología al servicio de los procesos de la empresa pública	3
Benefactores interesados en apoyar al Hospital	3
Alianzas estratégicas con instituciones a nivel nacional o internacional	3
Reconocimientos por la implementación de proyectos exitosos a nivel nacional e internacional	3

<b>DEBILIDADES</b>	<b>ESCALA</b>
Deficiencias en los procesos del sistema de información	3
Déficit en la comunicación e información entre las diferentes áreas hospitalarias	2
Poca capacidad de trabajo en equipo en áreas focalizadas	1
Carencia de un sistema de costos implementado	1
Insuficiente cultura de seguimiento y evaluación de los procesos	3
Falta de aplicación de los procesos establecidos en los Lineamientos de Activo Fijo	2
Limitado conocimiento de los administradores de contrato	2
Débil cultura para la gestión del riesgo	2
Falta de humanización de los servicios de salud	1
Reducción de la capacidad instalada por el COVID 19	2
Problemas actitudinales de personal al momento de implementar nuevos procesos.	1
Déficit en recursos humanos e inadecuada distribución de la carga ponderal de trabajo entre las unidades organizativas	1
Insuficiente formación administrativa en jefaturas de unidades organizativas	2
Áreas con infraestructura dañada, la cual no puede ser utilizada, y en caso de ser patrimonio cultural se presentan problemas para corregirla y encarecimiento de las obras.	1
Personal con edad avanzada y/o con patologías crónicas	2
Deserción de subespecialista	1
Déficit en el modelo organizativo institucional	2
Limitada cultura organizacional dirigida a seguridad ocupacional, particularmente en el marco del COVID 19	2
Infraestructura saturada en área críticas (atención materna, laboratorio clínico, etc)	1
Insuficiente despliegue en el conocimiento de la política de calidad	2
Limitado conocimiento de la planificación, monitoreo y evaluación de los indicadores de gestión	2
Los planes de mejora relacionados a las quejas no resuelven la causa raíz	2

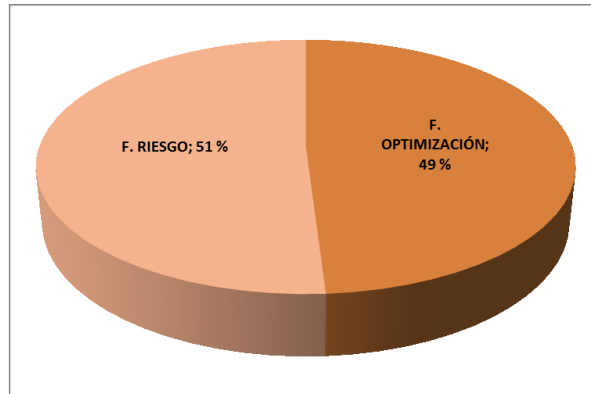
Infraestructura hospitalaria desarrollada sin planificación de líneas vitales	3
Falta de renovación de equipos	3
Falta de investigación	1
Falta de resguardo adecuado de información	1
Débil eficiencia y austeridad en el uso de los recursos en los niveles operativos	2
Prevalencia de modelos de atención durante el acto asistencial de manera paradigmática generando insatisfacción	1
Limitada capacidad de infraestructura en el almacén del hospital para medicamentos e insumos	3

<b>AMENAZAS</b>	
Falta de asignación de recursos financieros en función de los resultados planeados	3
Proceso electoral 2021	1
Violencia social	1
Falta de programa de interinato	1
Falta de una política para la provisión y gestión del recurso humano	2
Desviaciones a partir de las brechas entre políticas salariales de los diferentes miembros del sistema nacional de salud	1
Falta de un proceso de categorización hospitalaria	2
Débil capacidad resolutive de la atención primaria en el marco de la red	3
Desastres, pandemias y epidemias	3
Desactualización del marco normativo en adquisiciones y contrataciones que debería dar respuesta a las condiciones que generan las pandemias	3
Falta de un sistema de costeo sistematizado a nivel del MINSAL	3
Alta carga de las enfermedades crónicas	3
Falta de engranaje entre la Institución y las Universidades	2
Falta de aplicabilidad de estrategias "Justo a tiempo" en el modelo de organización	2

### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

Los factores de riesgo representan el peso porcentual de acuerdo a la escala de la suma de las debilidades y las amenazas, y los factores de oportunidad son la suma de las fortalezas y oportunidades.

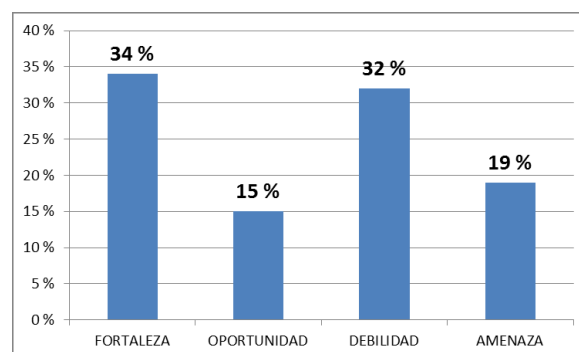
El balance estratégico global del Hospital para el 2020 fue el siguiente:



El año anterior, el Balance Estratégico Global reflejaba una tendencia al desequilibrio por una fuerte carga de factores de riesgo (56%) que para éste año mejoró y quedó en 51%. Los factores de riesgo se vieron impulsados por las debilidades internas, que mermaron ligeramente para éste año. Importante es considerar la percepción del equipo directivo que se volcó por encontrar muchas más fortalezas (34%) que el año pasado (24%), y más importante aún es que esa percepción de mejora se expresa en el contexto de una pandemia prolongada que impulsó al trabajo en equipo y a tratar de superar los obstáculos generados a partir de encontrar fortalezas en medio de la debilidad que nos reflejaba el COVID 19.

Importante para el desarrollo de estrategias que mejoren los resultados del Hospital es identificar esas fortalezas que el equipo percibió y pertenecen al entorno interno, y trasladarlas a acciones concretas que superen los factores de riesgo que aún desequilibran el balance estratégico.

Lo anterior también nos permite valorar que las debilidades, por ser del entorno interno, pueden ser objeto de mejoras porque son vulnerables a nuestras intervenciones.



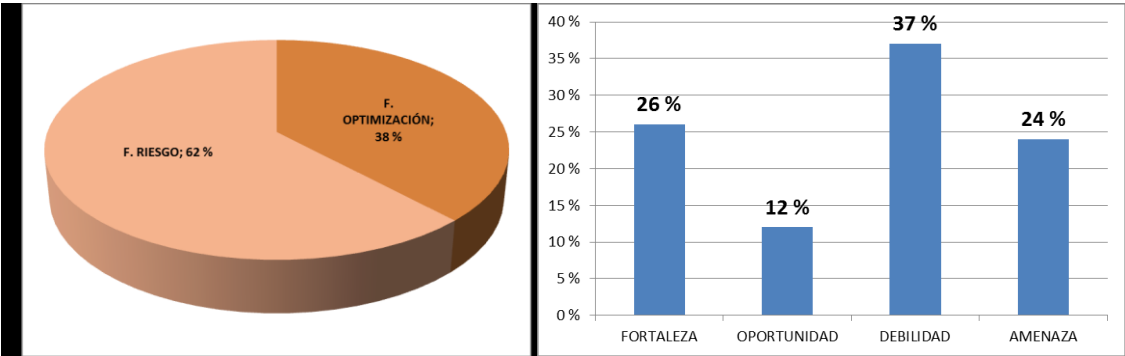
Luego se realizó la identificación de los criterios de análisis, que no son más que factores relevantes para el desempeño del Hospital, en base a las prioridades enmarcadas en la misión, visión y objetivos institucionales. Estos criterios, en el marco de los resultados del balance estratégico, se volverán la base de los problemas identificados y nos permitirá identificar los factores de oportunidad que aprovechar y de riesgo que superar, para que posteriormente dieran pie a los objetivos estratégicos. Los criterios fueron los siguientes

1. El contexto administrativo-financiero del Hospital
2. Nivel de la cultura organizacional en relación a la seguridad y gestión de los riesgos
3. Política institucional de generar innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria
4. Modelo de calidad y la información institucional
5. Participación ciudadana en las decisiones institucionales que les afecta y el sistema de comunicación del Hospital.

---

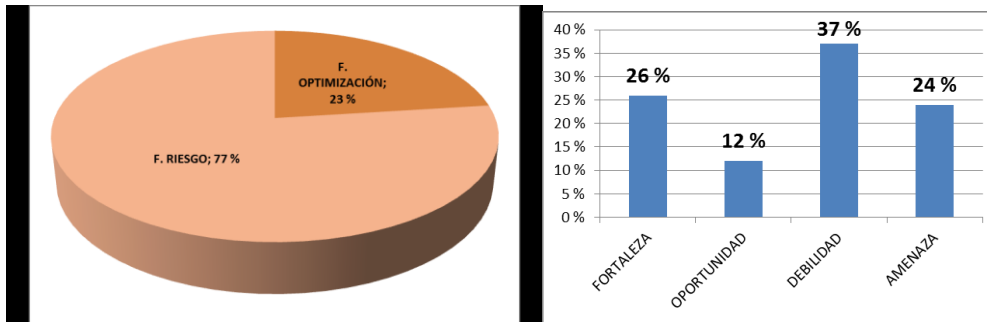
Los resultados en gráficas fueron los siguientes:

### ADMINISTRATIVO-FINANCIERO



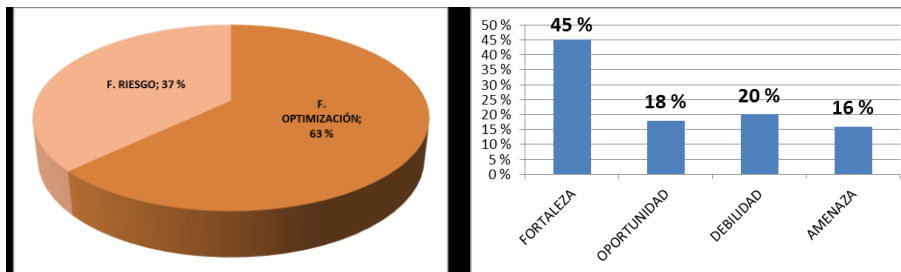
Un balance estratégico a favor de los factores de riesgo, fuertemente influenciados por las debilidades identificadas en el área administrativa financiera, pero que han disminuido respecto a la percepción del año pasado. Además se potenciaron las fortalezas y las oportunidades, importante para dar pie a las estrategias para mejorar la condición de éste criterio.

## SEGURIDAD Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS



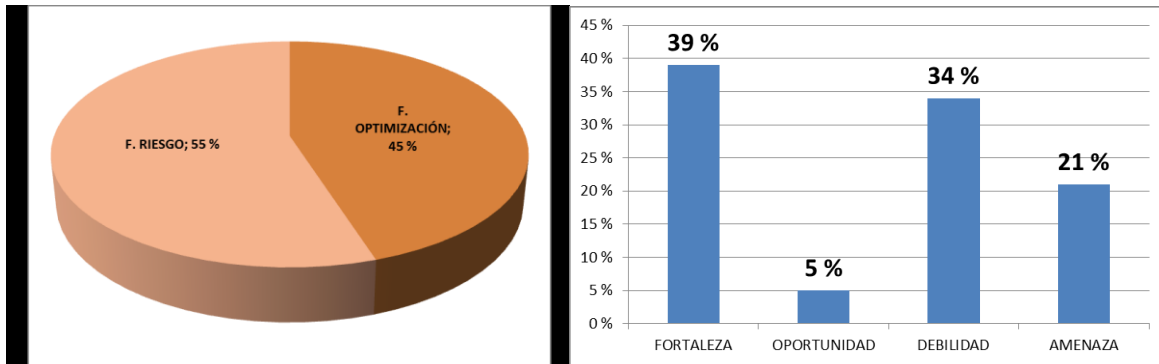
Un balance estratégico a favor de los factores de riesgo, fuertemente influenciados por las debilidades identificadas en el área de sistemas de seguridad y gestión del riesgo en el Hospital. A pesar de ello, las variables del entorno interno han mejorado su percepción respecto al año pasado, generando oportunidades de mejorar la condición de éste criterio. Se percibe que las fortalezas se han incrementado (de 17 a 26%) y las debilidades han disminuido (de 51 a 37%). No hay que perder de vista que ambas condiciones son internas, por lo que son susceptibles de potenciarlas o gestionarlas para mejorarlas.

## INNOVACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA



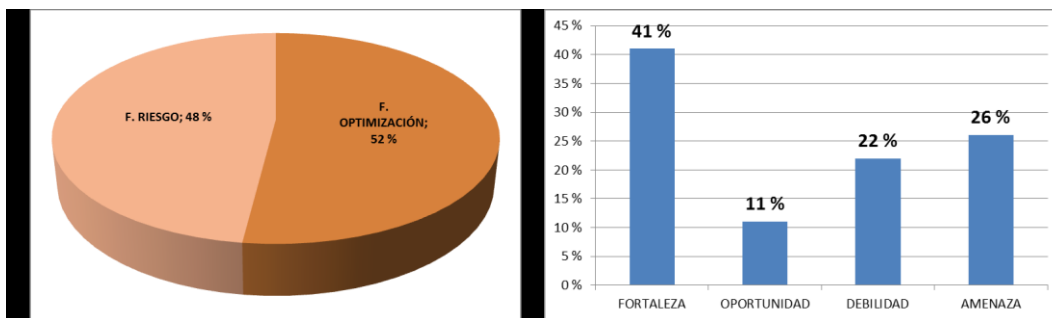
Balance estratégico fortalecido por los factores de optimización de manera impresionante, a partir de las fortalezas (factores internos) identificados en el FODA. El año anterior se impulsó por las oportunidades (externas), hoy pareciera que ya existe conciencia que la gestión del riesgo puede y debe impulsarse por nuestras propias fortalezas, en la dirección de reducir la frecuencia o el impacto de los mismos en el logro de nuestros objetivos. Estas deberán ser aprovechadas al máximo para potenciar el desarrollo de la innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria.

## MODELO DE CALIDAD Y LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



Se observa que el Modelo de Calidad y la Información es susceptible de mejorar en la medida que se superen las debilidades identificadas sobre la base de apoyarse en las fortalezas que el equipo percibe. Pero es importante que para desarrollar y aprovechar esta ventaja es indispensable que trabajemos en contener las amenazas que pueden ensombrecer el desarrollo del modelo de calidad institucional y el sistema de información que genere oportunidad, confiabilidad y certidumbre.

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SISTEMA DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL



Parece obvio que el balance estratégico en la temática de participación ciudadana y el sistema de comunicación institucional se beneficia de los factores de fortalezas, que son elementos del entorno interno que genera la oportunidad de potenciarlas y superar las debilidades y amenazas de los factores de riesgo. Hay que aprovecharlas para superar la brecha comunicacional y generar los espacios al ciudadano para que se comunique con las autoridades y participe activamente en la gestión y resultados del Hospital.

## **PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL POAH**

Para la formulación del PAOH 2021, en el marco de establecer una línea de pensamiento estratégico que dé certidumbre de la hoja de ruta de desarrollo del Hospital, se mantienen los criterios antes descritos y en base a ellos se identificaron y priorizaron los problemas que surgieron del consenso y participación de la alta gerencia y los mandos intermedios, de la misión, visión y objetivos institucionales, pero también se consideraron los objetivos enmarcados en el Plan Cuscatlán y los lineamientos recibidos del MINSAL.

Por lo tanto, una vez definidos y documentados los problemas se procedió a traducirlos en objetivos, resultados esperados, y por último actividades, usando para ello el formato propuesto para tal efecto por el MINSAL. Todo lo anterior pasó por un proceso de identificar las necesidades del pensamiento estratégico, el pensamiento táctico, el pensamiento operativo. Esto fue con el objetivo de segregar aquellos objetivos que pertenecían a cada uno de los pensamientos y poder desarrollarlos en los niveles correspondientes.



<b>IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS - PLAN OPERATIVO 2020</b>			
<b>Nº</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS</b>	<b>PROBLEMAS PRIORIZADOS</b>	<b>OBJETIVOS DEL POAH</b>
1	Déficit en la gestión administrativa-financiera	Déficit en la gestión administrativa-financiera	Fortalecer el modelo de gestión administrativo-financiero sobre la base de la eficiencia, efectividad, eficacia, oportunidad y transparencia
2	Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos	Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos	Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos
3	Limitados resultados a partir del modelo tradicional de la prestación de los servicios hospitalarios	Limitados resultados a partir del modelo tradicional de la prestación de los servicios hospitalarios	Potenciar la innovación y los modelos alternativos en la prestación de los servicios
4	Déficit en la incorporación de las estrategias de la Política de Calidad Institucional	Déficit en la incorporación de las estrategias de la Política de Calidad Institucional	Potenciar las estrategias de la Política de Calidad Institucional y la gestión clínica
5	Insuficiente gestión de la ciudadanía y del sistema de comunicaciones institucional	Insuficiente gestión de la ciudadanía y del sistema de comunicaciones institucional	Fortalecer la participación ciudadana y el sistema comunicacional interno y externo

## VALORACIÓN DE RIESGOS (Anexo 4)

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CONSULTA	Pacientes Uruarios y acompañantes de pacientes que llegan a Consulta Externa sufren descompensacion aguda frecuentemente incluso habiendo 2 fallecidos	4	4	16	Capacitacion al personal de enfermería y medicos de apoyo en RCP basico	Jefatura medica y de Enfermería de Consulta Externa
	No contamos con areas adecuadas para atencion de pacientes que presentan descompensacion aguda en Consulta Externa	4	4	16	Fortalecer Hospital de día en Consulta Externa (planta baja) y adecuar area fisica para la atencion de emergencias en planta alta	
EGRESOS	Que no se registre las acciones en el expdiente clínico en forma completa y que no se entregue al paciente el número de formularios normados al alta	3	3	9	implementar el libro de control de registro de orientacion al alta. Medicion de la satisfaccion del usuario para identificar oportunidades de mejora.	Jefatura de medicina interna
	Ausencia de médico staff para la actividad especifica	1	2	2	Rotación de personal disponible	Jefe médico y de enfermería de Pediatría
	Ausencia de personal de enfermería para la actividad especifica	2	2	4	Rotación de personal disponible	
	Alta médica no firmada por médico staff, los fines de semana	4	2	8	Jefe de servicio firmara altas de fin de semana	Jefe de Servicio de Cirugía
PARTOS	Infraestructura inadecuada	3	4	12	Gestionar la señalización adecuada	Jefe de Ginecologia y Obstetricia
	Falta de señalización inadecuada en el edificio de Maternidad	3	4	12		

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CIRUGÍAS	Solicitud de sala con informacion incorrecta ( datos, registros, ilegible)	2	2	4	Reportas solicitud incorrectas a las areas quirurgicas involucradas del hospital y concientizar y socializar el correcto llenado y su importancia de la solicitud de cupo de sala.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Solicitud no se entregue.(extravio, olvido)	2	4	8	Notificacion: concientizar el valor y riesgos al perder cupo quirurgico , al personal responsable de la entrega de la solicitud.internos,residentes, staff. Del area quirurgica.	
	No exista equipo/insumo quirurgico ideal para el tipo de intervencion quirurgica.	1	4	4	Monitorear y revisar lista de insumos y equipos previa cada semana, de acuerdo a demanda / oferta, internamente.	
	Paciente no se presente	2	3	6	Mantener comunicaci3n con los servicios de origen, para poder reportar anticipadamente motivo de ausencia y refiriendo caso, a trabajo social para verificar motivo y darle seguimiento.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Paciente no apto para su intervencion.(febril, hipotenso,hipertenso,tos, gripe, hiperglicemico, etc)	3	4	12	Reportar casos a sus respectivos servicios, en forma mensual, con notificacion: concientizando mejorar la evaluacion previa por medico responsable, antes de trasladarlo a sala de operaciones o al presentarse previo a su preparacion en su servicio PARA EVITAR PROGRAMACI3N INNECESARIA O NO PERTINENTES.	
	Valoraciones no aceptables ( incompletas o vencidas)	3	4	12	Concientizar a los m3dicos de staff al control oportuno de la calidad de las valoraciones preoperatorias	
Incumplimiento de indicaciones (anestésicas, medicas)	2	3	6	Concientizar a los m3dicos de staff al control oportuno de la calidad del cumplimiento de las indicaciones preoperatorias		

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CIRUGÍAS	Equipo de anestesia falle antes o durante intervencion.	1	5	5	Verificar cada mes, con la dependencia responsable, el cumplimiento de mantenimiento de todo el equipo anestésico y quirúrgico que lo amerite.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Instrumental quirúrgico inadecuado o no este disponible.	2	4	8	Monitorear y revisar lista de insumos, instrumental y equipos, su integridad, vigencia cada semana, previo de acuerdo a demanda / oferta, por solicitud, internamente.	
	Contaminación con fluidos biológicos el personal de salud	1	4	4	Reforzar al personal de la importancia y riesgo, de las medidas de bioseguridad, exponiendo: charlas, capacitaciones, así como monitorizar el cumplimiento de la normativa en sala de operaciones de actividades ya programadas de bioseguridad, como desinfección de equipo, quirófanos, cultivos, etc.	
	Personal médico, anestesiólogo o enfermería o ausente.	1	4	4	Gestionar con jefaturas de dpto. o enfermería la sustitución inmediata del recurso ausente para la realización del acto quirúrgico	
	Falta de medicamentos indispensables en recuperación.	2	4	8	Verificación previa de stock de medicamentos, reportar o gestionar medicamentos faltantes, consultar disponibilidad en farmacia, monitorizar rutina de pedido diario.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Falla de equipos de monitoreo en recuperación	2	3	6	Cumplimiento de mantenimiento de los equipos actuales, y mantener equipo disponible completo y en buen estado (alternar con los de dentro de quirófanos) disponibles en caso de ser necesarios. Gestionar la compra de monitores completos necesarios para esta área.	

***PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL AÑO 2021***



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN

No.	HOSPITAL: <i>Nacional San Juan de Dios, Santa Ana</i>	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	
1	<b>Objetivo 1: Fortalecer el modelo de gestión administrativo-financiero sobre la base de la eficiencia, efectividad, eficacia, oportunidad y transparencia</b>																	
1.1	Resultado esperado: Implementar un sistema de control de la productividad, eficiencia y calidad, que potencie la toma de decisiones en base a información																	
1.1.1	Actualización del Manual de Organización y Funciones del Hospital	Documento enviado al MINSAL	Documento enviado al MINSAL	A través de la verificación del documento meta	Dirección, UPI, Jefes de División	1		0%										Priorización de las actividades y sus resultados por la alta gerencia, para gestionar adecuadamente sus tiempos
1.1.2	Desarrollo y seguimiento del PERC	Informes de seguimiento	Informes de seguimiento	A través de la verificación del documento meta	Dirección, Comité de Costos Institucional y CEG				1		0%	1		0%				
1.1.3	Seguimiento de la estrategia de austeridad institucional	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, División Admon y Comisión para la estrategia de austeridad							1		0%				
1.1.4	Seguimiento del Plan Anual de Compras y el Programa de Ejecución Presupuestario	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, Comité del Presupuesto Institucional				1		0%	1		0%				

1.1.5	Seguimiento del Programa de Supervisión de la Dirección y el Equipo de Gerencia (ESHO)	Igual 100%	% de supervisiones realizadas en base a las programadas	A través de la verificación de los documento de supervisión	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> y 4 jefes de división	100		0%	100		0%	100		0%	100%		0%	Priorización de las actividades y sus resultados por la alta gerencia
1.1.6	Elaborar y presentar informe de indicadores claves de rendimientos del cumplimiento de contratos	100%	% de Administradores de contratos reportando evaluaciones de indicadores priorizados por contratos	Informes presentados en la Dirección	Dirección, Jefe División Administrativa, <b>Jefe UACI</b> y administradores de contrato				100		0%	100		0%				Implementar mecanismo de supervisión a la UACI para el cumplimiento de la actividad
1.1.7	Elaborar y presentar los Lineamientos para el llenado correcto del formulario estandarizados en los Kardex de las unidades organizativas	Documento aprobado por la Dirección	Documento aprobado por la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, <b>Jefe División Administrativa</b> , Jefe UACI, Jefe de Almacén, Sub-Jefe de División de Enfermería	1		0%										Priorización gerencial para el diseño y aprobación de los Lineamientos
1,2	Resultado esperado: Desarrollar la cadena de suministros (medicamentos e insumos médicos) sobre la base de la gestión por procesos																	
1.2.1	Elaboración de los procesos integrados de la cadena de suministros (medicamentos e insumos médicos) y aprobación por la Dirección	Documento aprobado por la Dirección	Documento aprobado por la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Asesor de medicamentos</b> , División Admon, Jefe de Farmacia, Guardalmacén, UACI y Jefe UFI	1		0%										Voluntad política administrativa de la alta gerencia
1.2.2	Evaluación de los procesos integrados de la cadena de suministros (medicamentos e insumos médicos)	Documento de evaluación de los procesos integrados	Documento de evaluación de los procesos integrados	Verificación física del documento meta	Dirección y <b>Responsable del proceso</b>										1		0%	
1,3	Resultado esperado: Implementación de modelos organizativos innovadores que den respuesta a las necesidades de los pacientes, familiares y de los trabajadores del Hospital																	

1.3.1	Elaborar propuesta de creación de Unidades de Gestión Clínica en el Hospital (CAI, Salud Mental, Banco de Leche Humana y Unidad de Paciente Renal) bajo un modelo descentralizado	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-dirección</b> , Jefe de División Médica y Servicios de Apoyo y UPI			1		0%									Voluntad política administrativa de la alta gerencia
1,4	Resultado esperado: Apoyar el desarrollo del talento humano, competencias, habilidades y destrezas, sobre la base de los valores institucionales																		
1.4.1	Seguimiento y control del Programa de Capacitaciones Institucional	100	% de cumplimiento del Plan de Capacitaciones	Listados de asistencia	Dirección, Sub-Dirección, Jefe de RRHH y <b>Jefe UDP</b>	100		0%	100		0%	100		0%					Implementar estrategia para aumentar el nivel de asistencia de los invitados a capacitarse
1.4.2	Implementación de Programa de Humanización de los Servicios de Salud en el Hospital	100	% de actividades del Plan ejecutadas	Listados de asistencia	Dirección, <b>Jefe de RRHH</b>				1		0%			1				0%	
1.4.3	Elaborar e implementar un Programa de Fortalecimiento de la aplicación de las medidas de bio-seguridad en el marco de pandemia por COVID 19	100	% de actividades del Programa ejecutadas	Listados de asistencia	Dirección, Comité de Seguridad Ocupacional y <b>UDP</b>	100		0%	100		0%								Apoyo de las Jefaturas de Unidad Organizativa involucrada
1.4.4	Seguimiento al desarrollo de competencias de los administradores de contrato	100%	% de actividades para el desarrollo de competencias realizadas en base a las programadas	Listados de asistencia	Dirección y <b>Jefe UACI</b>	100		0%				100		0%					Apoyo de la División Administrativa y de la Unidad Jurídica
1,5	Resultado esperado: Fortalecer institucionalmente la gestión documental y metodología para archivarla																		
1.5.1	Elaborar una estrategia para organizar los archivos institucionales	Plan entregado a la Dirección	Plan entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, <b>Coordinador</b> del Comité y sus miembros	1		0%											Formación en el tema finalizada por los miembros del Comité
2	<b>Objetivo 2: Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos</b>																		
2,1	Resultado esperado: Gestionar los riesgos administrativo-financieros																		
2.1.1	Seguimiento del cumplimiento y efectividad de las actividades de control en el marco de las NTCIE	Informes entregados en base a los programados	Informes entregados en base a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> y Jefes de División	1		0%	1		0%	1		0%					Compromiso a nivel gerencial a las actividades programadas



2.1.2	Elaboración del Manual para la Gestión de Riesgo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y UPI				1		0%							
2.1.3	Diseñar e implementar una estrategia para el "cumplimiento de la normativa vigente" en áreas priorizadas en el marco de Sistema de Control Interno y gestionar el riesgo de fraude	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y Unidad jurídica				1		0%							
2,2	Resultado esperado: Gestionar los riesgos ambientales, seguridad e higiene ocupacional																	
2.2.1	Seguimiento del Programa de Adecuación Ambiental para el año 2021 en el marco del Diagnóstico Ambiental del Hospital	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, División Admón y Comité Medio-ambiental				1		0%					1		0%
2.2.2	Seguimiento del Plan de Seguridad e Higiene Ocupacional para el 2021	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, División Admón y Comité de Seguridad e Higiene Ocupacional				1		0%					1		0%
2,3	Resultado esperado: Gestionar los riesgos de seguridad de los pacientes en el ambiente hospitalario																	
2.3.1	Seguimiento de los resultados de la implementación del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS y de la evaluación de los incidentes y eventos adversos	Informe presentado a la Dirección	Informe presentado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y UOC	1					0%					1		0%
2.3.2	Diseñar un Programa para potenciar internamente como MEJOR PRÁCTICA al PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS	Programa presentado a la Dirección	Informe presentado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Comunicaciones, Jefe de División de Enfermería y UOC	1					0%							
Adecuado funcionamiento de los comités respectivos																		
Potenciar el reporte de incidentes y eventos adversos																		
Compromiso Gerencial con la seguridad de pacientes y apoyo con pasantías para mercadeo																		

2.3.3	Implementar el Programa para potenciar internamente como MEJOR PRÁCTICA al PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS	90%	% de actividades del Programa ejecutadas	Verificación física del documento meta	Dirección, Comunicaciones, Jefe de División de Enfermería y UOC				90			0%	90			0%	90		0%	Potenciar el reporte de incidentes y eventos adversos
2,4	Resultado esperado: Gestionar los riesgos de la seguridad hospitalaria																			
2.4.1	Seguimiento a las actividades (DIPECHO/OPS) para mejorar el nivel de seguridad hospitalaria en base a la evaluación del mismo	Informe presentado a la Dirección	Informe presentado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y División Admon y jefe UCYM	1			0%				1			0%				Acompañamiento técnico de OPS/DIPECHO
2.4.2	Seguimiento a las medidas implementadas que buscan garantizar la seguridad del personal e instalaciones en el marco de los riesgos sociales o de violencia	Informe presentado a la Dirección	Informe presentado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Jefe División Admon, Jefe UCYM y Jefe de Vigilancia y Portería	1			0%				1			0%				
2,5	Resultado esperado: Gestionar los riesgos de contingencias o desastres																			
2.5.1	Fortalecimiento de la divulgación del Plan de Emergencias y Desastres del Hospital	100	% de actividades del Plan ejecutadas	Listados de asistencia	Dirección, Comité de Emergencias y Desastres	100			0%	100			0%							Apoyo de las Jefaturas de Unidad Organizativa involucrada
2.5.2	Revisión y actualización del Plan Contingencial para COVID 19	Documento presentado a la Dirección y presentado al CEG	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física del documento meta	Dirección, Sub-Dirección, 4 Divisiones y los Coordinadores de Desastres y Seguridad Ocupacional	1			0%											Depende de las condiciones de la pandemia y el comportamiento de los casos sospechosos o positivos
2.5.3	Verificación y actualización del Plan de Re-apertura en el marco de la pandemia por COVID 19	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física del documento meta	Dirección, 4 Jefes de División, y UPI	1			0%											
3	<b>Objetivo 3: Potenciar la innovación y los modelos alternativos en la prestación de los servicios</b>																			
3,1	Resultado esperado: Acciones orientadas a generar las bases para la implementación de modelos innovadores de atención a los ciudadanos																			

3.1.1	Diseño del modelo de atención ambulatoria de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA/DM) y ERC a partir de grupos poblacionales asociados a morbilidades	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> , Jefe de División Médica, Jefe de Medicina Interna, UPI, Dra. Dalia Aguilar y Educadora para la Salud								1					0%				Voluntad política de las autoridades de implementar modelos innovadores de atención que aseguren satisfacción y solución a los problemas sanitarios de la ciudadanía	
3.1.2	Elaborar estudio de necesidades para la ampliación del SIAP a áreas desprovistas en el Hospital (Hospitalización, cobertura total en consulta externa, servicios de apoyo y Emergencia)	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Jefe de División Médica, de Apoyo y Admon, UDP, <b>Informática</b> , ESDOMED				1									0%					
3.1.3	Elaborar estudio de necesidades para la apertura y sostenibilidad de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Jefe de División Médica</b> , de Apoyo y Admon, UDP.				1									0%					
3.1.4	Elaborar Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria en el marco de asegurar el uso eficiente de la infraestructura para tal fin e incorporar a todas las especialidades	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Jefe de División Médica</b> y de Enfermería, Coordinador de CMA, Jefe de Cirugía y Jefe de Centro Quirúrgico				1									0%					
3.1.5	Implementar el "modelo de atención intrahospitalaria dirigido a beneficiar a la población Geriátrica" en el contexto de sus necesidades y la solución de sus problemas de salud	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Sub-Dirección, <b>Jefe de División Médica</b> , administrativa y de Enfermería, Jefe de Medicina Interna										1				0%				
3,2	Resultado esperado: Implementación de modelos alternativos para la prestación de los servicios de salud																						

3.2.1	Implementar propuesta organizacional y modelo de atención para la Clínica de Anticoagulación	Clínica funcionando	Clínica funcionando	Verificación física	Dirección, <b>Jefe de División Médica</b> , Jefe de Medicina Interna y Cirugía, Sub-Enfermería									1						0%					Voluntad política de las autoridades de implementar modelos innovadores de atención que aseguren satisfacción y solución a los problemas sanitarios de la ciudadanía. Disponibilidad de espacios físicos	
3.2.2	Implementar y evaluar la "Propuesta innovadora para fortalecer el modelo de gestión de la práctica hospitalaria de la enfermería"	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Jefe de División de Enfermería</b> y equipo de Supervisoras									1						0%						
3.2.3	Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de la estrategia de atención integrada del modelo de asistencia en la incorporación de trabajadoras sociales y psicólogos a los equipos de los Departamentos Médicos asistenciales	Documento del seguimiento y evaluación de la estrategia	Documento del seguimiento y evaluación de la estrategia	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Jefe División Médica</b> y de Enfermería, 4 jefes médicos y de enfermería de los departamentos.					1					0%											
4	<b>Objetivo 4: Potenciar las estrategias de la Política de Calidad Institucional, la gestión clínica y los sistemas de información</b>																									
4.1	Resultado esperado: Control de la aplicación y cumplimiento de las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención																									
4.1.1	Control del cumplimiento de las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención priorizados por departamento médico	90%	% de expedientes clínicos auditados con cumplimiento completo de las listas de chequeo para verificar el uso de las GPC o protocolos	Verificación física de documento de evaluación de resultados de la lista de chequeo aplicada a los expedientes	Dirección, <b>División Médica</b> , de Enfermería, Jefes de Dptos, UDP y coordinador de los comités de calidad que auditan procesos asistenciales									1						0%		1			0%	Acceso irrestricto a los expedientes clínicos para auditar
4.2	Resultado esperado: Evaluación y seguimiento de la Política de Calidad del Hospital																									
4.2.1	Seguimiento a los programas de mejora continua resultado de los ciclos PHVA aplicados a los diferentes procesos dentro de la Institución	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	Informe de seguimiento entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, cuatro Jefes de División y UOC									1						0%			1		0%	Encontrar la herramienta de Ciclo PEVA útil y práctica por parte de las jefaturas de unidades organizativas

4.2.2	Elaboración de los Lineamientos para la Elaboración y Desarrollo de los Procesos en el Hospital	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> , UOC y UPI				1		0%										Apoyo político administrativo por la alta gerencia
4.2.3	Actualización de la Estrategia de Incentivos no Financieros del Hospital	Documento de actualización entregado a la Dirección	Documento de actualización entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> , Jefe UFI, Jefe RRHH y cuatro Jefes de División	1					0%										
4,3	Resultado esperado: Fortalecimiento de los sistemas de información priorizados en el Hospital																				
4,3.1	Capacitación al Consejo Estratégico de Gestión en relación al origen y análisis de los datos tabulados en el SIMMOW, SEPS y de la Unidad de Terapia Dialítica	100% de miembros del CEG capacitados	% de miembros del CEG capacitados	Listados de asistencia	Dirección, Epidemiología (Dr. Sermeño) y <b>ESDOMED</b>	100					0%										Conexión a Internet y acceso a los sistemas de información
4,3.2	Diseño de los flujogramas para la ruta bidireccional de la información generada por el Hospital priorizada	Documento de flujogramas oficializado por la Dirección	Documento de flujogramas oficializado por la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, <b>Comunicaciones</b> , 4 Jefes de División y Ms en Gestión Hospitalaria de Fisioterapia							1									Identificar los procesos de información priorizados en función de su valor agregado
5	<b>Objetivo 5: Fortalecer la participación ciudadana y el sistema comunicacional interno y externo</b>																				
5,1	Resultado esperado: Control de la efectividad en la aplicación del Manual de Comunicaciones																				
5.1.1	Realizar encuesta de satisfacción por la calidad de la comunicación ascendente y descendente dirigida al personal institucional	Informe de evaluación de resultados de las encuestas	Informe de evaluación de resultados de las encuestas	Verificación física del documento meta	Dirección y <b>Comunicaciones</b>							1									Diseño metodológico adecuado para la selección y formulación de las preguntas
5,2	Resultado esperado: Mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios que el Hospital presta																				

5.2.1	Elaborar y socializar la Guía de Trámites institucionales	Documento de Guía entregado a la Dirección	Documento de Guía entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-Dirección</b> , cuatro jefes de División, Jefe ODS, Jefe Trabajo Social, Jurídico y Comunicaciones				1		0%								Asistencia técnica para el diseño
5,3	Resultado esperado: Fortalecer la estrategia del canal de comunicación de los ciudadanos con la gerencia hospitalaria en relación a sus insatisfacciones por los servicios que recibe																		
5.3.1	Evaluación de la Estrategia de Gestión de Quejas en el Hospital	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-Director</b> , Jefes de División y Jurídico	1				0%									Voluntad política gerencial de mejorar la gestión de quejas en el Hospital en beneficio de los pacientes y el apoyo técnico de la UOC
5.3.2	Elaboración del diagnóstico estratégico del total de quejas del período seleccionado y las propuestas de abordaje	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, <b>Sub-Director</b> , Jefes de División y Jurídico				1		0%								
5,4	Resultado esperado: Fortalecer el cumplimiento normativo en relación a los derechos ciudadanos																		
5.4.1	Diseñar, socializar e implementar el flujograma para la atención de las denuncias ciudadanas en el marco de la Ley de Procedimientos Administrativos	Documento de flujograma aprobado y socializado por la Dirección	Documento de flujograma aprobado y socializado por la Dirección	Verificación física	Dirección y <b>colaborador jurídico</b>	1				0%									Cumplimiento normativo

Toda la programación de actividades de gestión está sobre el “supuesto de éxito” que considera que el COVID 19 no va a presentar ningún rebrote ni complicación, que la vacunación al personal de primera línea y a la población comience a finales de enero o febrero.

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PARA EL AÑO 2021**

Actividades	Enero	Febr	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Finales. Consulta Externa Médica</b>													
<b>Especialidades</b>													
<b>Especialidades Básicas</b>													
Medicina Interna	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	2280	27360
Cirugía General	607	607	607	607	607	607	607	607	607	607	607	612	7289
Pediatría General	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5472
Ginecología	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	11400
Obstetricia	538	538	538	538	538	538	538	538	538	538	538	542	6460
Psiquiatría	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	7524
<b>Sub especialidades</b>													
<b>Sub Especialidades de Medicina Interna</b>													
Cardiología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	1824
Dermatología	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304	3648
Endocrinología	532	532	532	532	532	532	532	532	532	532	532	532	6384
Gastroenterología	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912
Nefrología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	1824
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>													
Máxilofacial	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	78	826
Neurocirugía	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	397	4742
Oftalmología	881	881	881	881	881	881	881	881	881	881	881	887	10578
Ortopedia	484	484	484	484	484	484	484	484	484	484	484	490	5814
Otorrinolaringología	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	245	2918
Proctología	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	67	760
Urología	244	244	244	244	244	244	244	244	244	244	244	249	2933

Vascular	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	35	365
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>													
Cardiología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	1824
Cirugía Pediátrica	227	227	227	227	227	227	227	227	227	227	227	234	2731
Neonatología	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	72	820
Neurología	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	397	4742
<b>Emergencias</b>													
<b>De Medicina Interna</b>													
Medicina Interna	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1674	20000
<b>De Cirugía</b>													
Cirugía General	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1424	17000
<b>De Pediatría</b>													
Pediatría Gral.	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1416	1424	17000
<b>De Gineco-Obstetricia</b>													
Ginecología	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
Obstetricia	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	574	6800
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>													
Colposcopia	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5472
Nutrición	518	518	518	518	518	518	518	518	518	518	518	526	6224
Planificación Familiar	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912
Psicología	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	1368
<b>Consulta Externa Odontológica</b>													
Odontológica de primera vez	136	136	136	136	136	136	136	136	136	136	136	145	1641
Odontológica subsecuente	547	547	547	547	547	547	547	547	547	547	547	550	6567



Actividades	Ene	Feb	Mar	Abri	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Finales</b>													
<b>Egresos Hospitalarios</b>													
<b>Especialidades Básicas</b>													
Cirugía	336	336	336	336	336	336	336	336	336	336	336	343	4039
Ginecología	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	94	1095
Medicina Interna	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331	331	342	3983
Obstetricia	647	647	647	647	647	647	647	647	647	647	647	658	7775
Pediatría	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	241	2881
<b>Sub Especialidades</b>													
<b>Sub Especialidades de Medicina</b>													
<b>Nefrología</b>	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	74	822
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>													
Ortopedia / Traumatología	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	97	1131
Otorrinolaringología	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	34	375
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>													
Cirugía Pediátrica	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	73	821
Neonatología	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	217	2527
<b>Otros Egresos</b>													
Bienestar Magisterial	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	1332
<b>Partos</b>													
Partos vaginales	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3000
Partos por Cesáreas	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	1392
<b>Cirugía Mayor</b>													
Electivas para Hospitalización	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	2736
Electivas Ambulatorias	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	684

De Emergencia para Hospitalización	291	291	291	291	291	291	291	291	291	291	291	299	3500
<b>Medicina Crítica</b>													
<b>Unidad de Emergencia</b>													
Admisiones	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	574	6800
Transferencias	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1440
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>													
Admisiones	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1920
Transferencias	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	1620
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>													
Admisiones	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	79	937
Transferencias	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912

Actividades	Ener	Febr	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Intermedios</b>													
<b>Diagnostico</b>													
<b>Imagenología</b>													
Fluoroscopias	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	20	229
Radiografías	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3870	46396
Ultrasonografías	817	817	817	817	817	817	817	817	817	817	817	819	9806
Tomografías	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Mamografías Diagnósticas	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	27	313
Mamografías de Tamisaje	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	28	292
<b>Anatomía Patológica</b>													
Biopsias Cuello	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	153	1715

Uterino													
Biopsias Mama	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	24	277
Biopsias Otras partes del cuerpo	556	556	556	556	556	556	556	556	556	556	556	556	6672
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>													
Colposcopias	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
Ecocardiogramas	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	84	986
Electrocardiogramas	765	765	765	765	765	765	765	765	765	765	765	773	9188
Electroencefalogramas	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	1368
Endoscopias	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	106	1184
Pruebas de HOLTER	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	264
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>													
Cirugía Menor	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1438	1447	17265
Conos Loop	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Crioterapias	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Diálisis Peritoneal	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6000
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22208	266441
Hemodiálisis	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1666	1674	20000
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25656	25665	307881
Recetas Dispensadas de Hospitalización	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27961	27964	335535
<b>Trabajo Social</b>													
Casos Atendidos	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	2625	31500

Actividades	Enero	Febr	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Intermedios. Diagnostico</b>													
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>													
<b>Hematología</b>													
Consulta Externa	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1671	1673	20054
Hospitalización	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11129	11134	133553
Emergencia	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3048	3054	36582
<b>Inmunología</b>													
Consulta Externa	813	813	813	813	813	813	813	813	813	813	813	817	9760
Hospitalización	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2264	27124
Emergencia	404	404	404	404	404	404	404	404	404	404	404	410	4854
Referido / Otros	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	1536
<b>Bacteriología</b>													
Consulta Externa	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	456	5461
Hospitalización	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3671	43975
Emergencia	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	14	124
<b>Parasitología</b>													
Consulta Externa	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	78	881
Hospitalización	481	481	481	481	481	481	481	481	481	481	481	488	5779
Emergencia	286	286	286	286	286	286	286	286	286	286	286	291	3437
<b>Bioquímica</b>													
Consulta Externa	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6371	6376	76457
Hospitalización	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31355	31363	376268
Emergencia	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7145	7154	85749
<b>Banco de Sangre</b>													
Consulta Externa	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	243	252	2925
Hospitalización	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1178	14114
Emergencia	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	46	453

Referido / Otros	493	493	493	493	493	493	493	493	493	493	493	495	5918
<b>Urianálisis</b>													
Consulta Externa	291	291	291	291	291	291	291	291	291	291	291	299	3500
Hospitalización	944	944	944	944	944	944	944	944	944	944	944	955	11339
Emergencia	811	811	811	811	811	811	811	811	811	811	811	819	9740

Actividades	Enero	Febr	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Generales</b>													
<b>Alimención y Dietas</b>													
<b>Hospitalización</b>													
Medicina	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33138	33144	397662
Cirugía	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3983	3985	47798
Ginecología	489	489	489	489	489	489	489	489	489	489	489	490	5869
Obstetricia	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1898	1903	22781
Pediatría	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	2795	33540
Neonatología	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	808	816	9704
Psiquiatría													
Otros (Convenios)	397	397	397	397	397	397	397	397	397	397	397	402	4769
<b>Lavandería</b>													
<b>Hospitalización</b>													
Medicina	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	2859	34308
Cirugía	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68439	68441	821270

Ginecología	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11355	11357	136262
Obstetricia	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21750	21757	261007
Pediatría	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15943	15946	191319
Neonatología	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10434	10439	125213
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros (Convenios)	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3443	3446	41319
<b>Consulta</b>													
Consulta Médica Especializada	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3439	3440	41269
<b>Emergencias</b>													
Emergencias	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16292	16293	195505
<b>Mantenimiento Preventivo</b>													
Números de Orden	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3600
<b>Transporte</b>													
Kilómetros Recorridos	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	300000

Toda la programación de actividades asistenciales está sobre el “supuesto de éxito” que considera que el COVID 19 no va a presentar ningún rebrote ni complicación, que la vacunación al personal de primera línea y a la población comience a finales de enero o febrero. Las consultas se reducen en su meta por el cierre de consultorios de consulta externa, por estar ocupados por la Emergencia General, con los consecuentes ajustes a los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamientos, así como los administrativos vinculados. Los egresos se calcularon en base al número de camas.